



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO**

ALANA MARA CALOU DE ARAÚJO

**FITOTERAPIA NO SUS: UMA ANÁLISE DA SUSTENTABILIDADE EM
MUNICÍPIO DO NORDESTE DO BRASIL**

**RECIFE - PE
2016**



MARIA CALOU DE ARAÚJO

FITOTERAPIA NO SUS: UMA ANÁLISE DA SUSTENTABILIDADE EM MUNICÍPIO DO NORDESTE DO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Gestão em saúde.

Orientadora: Prof.^aDr.^a Maria Beatriz Lisbôa Guimarães.

Co-orientadora: Dr.^a Islândia Maria Carvalho de Sousa.

RECIFE - PE

2016

Catálogo na fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

A663f Araújo, Alana Mara Calou de.
Fitoterapia no SUS: uma análise da sustentabilidade em município do Nordeste do
Brasil / Alana Mara Calou de Araújo. ñ 2016.
75 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Maria Beatriz Lisbôa Guimarães
Dissertação (Mestrado) ñ Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Plantas medicinais. 2. Fitoterapia. 3. Atenção primária à saúde. 4.
Políticas públicas. 5. Sustentabilidade. I. Guimarães, Maria Beatriz
Lisbôa (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.)UFPE (CCS2016-240)



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, DO PROGRAMA
DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO, NO DIA 11 DE MARÇO DE 2016



No dia 11 (onze) de março de dois mil e dezesseis (2016), às 9h, no auditório do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a defesa de Dissertação intitulada: “*Fitoterapia no SUS: uma análise da sustentabilidade em município do Nordeste do Brasil*” do(a) aluno(a) **Alana Mara Calou de Araújo**, na área de concentração **SAÚDE COLETIVA**, sob a orientação do(a) Prof(a) Maria Beatriz Lisbôa Guimarães. O mestrando(a) cumpriu todos os demais requisitos regimentais para a obtenção do grau de Mestre em **INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA**. A Banca Examinadora foi indicada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, na sua Reunião Ordinária e homologada pela Diretoria de Pós-Graduação, através do Processo nº 23076.010168/2016-11 em 24/02/2016, composta pelos Professores: Maria Beatriz Lisbôa Guimarães, do Departamento de Medicina Social da UFPE (membro interno); Sydia Rosana de Araújo, do Departamento de Saúde Coletiva do CPqAM/FIOCRUZ (membro externo) e Ronice Maria Pereira Franco de Sá, do NUSP – Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social da UFPE (membro interno). Após cumpridas as formalidades, o candidato foi convidado a discorrer sobre o conteúdo da Dissertação. Concluída a explanação, o(a) candidato(a) foi argüido pela Banca Examinadora que, em seguida, reuniu-se para deliberar e conceder ao mesmo a menção, aprovada da referida Dissertação. E, para constar, lavrei a presente Ata que vai por mim assinada, Secretário de Pós-Graduação, e pelos membros da Banca Examinadora.

Recife, 11 de março de 2016.

José Moreira de Oliveira
Secretário do PPGISC

BANCA EXAMINADORA

Profª. Maria Beatriz Lisbôa Guimarães

Profª. Ronice Maria Pereira Franco de Sá

Profª. Sydia Rosana de Araújo

GRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora Mãe, pelas preces atendidas nos momentos de tristeza e alegria, de entusiasmo e cansaço no percurso dessa caminhada.

Aos meus pais Genilson e Rita de Cássia, pela batalha de vida em prol do meu crescimento, pelo amor incondicional e incentivo em toda essa jornada.

Aos meus irmãos José Ivan e Idelgarde, que torcem muito por mim e em especial a minha irmã Ilnara, pelas singelas contribuições de conhecimentos.

Ao meu esposo e companheiro Lindermann, pela cumplicidade e apoio em mais uma etapa da minha formação.

Ao meu filho Arthur, presente de Deus, pela motivação e força que me traz para batalhar a vida.

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Maria Beatriz Lisbôa Guimarães pela receptividade com que me abraçou nessa jornada e ainda pela tamanha disponibilidade, competência e tranquilidade com que norteou a construção da minha pesquisa.

A minha co-orientadora Dr.^a Islândia Maria Carvalho de Sousa, por compartilhar seus saberes e práticas nesse processo de aprendizagem, pelo apoio e cooperação na minha construção científica.

Ao Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva, pelo acolhimento em cada etapa do percurso.

Ao secretário da Pós-graduação, José Moreira, pela competência no atendimento das nossas demandas administrativas.

A CAPES, pelo apoio financeiro.

Aos participantes do estudo, por terem disponibilizado tempo e conhecimento para realização da pesquisa, pois, sem eles não seria possível.

Aos colegas da turma de mestrado, a 6^ª Coorte 2014, pelo apoio e amizade compartilhados.

A todas as pessoas involuntariamente não citadas, que tornaram possível a elaboração desta pesquisa, a minha gratidão e agradecimento.

US:uma Análise da Sustentabilidade em Município do
PE, 2016.67f. Dissertação (Mestrado Integrado em Saúde
Integrado em Saúde Coletiva da Universidade
Federal de PernambucoPPGISC, Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife-PE,
2016.

RESUMO

A fitoterapia é uma realidade presente em diversos municípios brasileiros, ofertada no Sistema Único de Saúde. Este artigo tem como objetivo analisar a sustentabilidade do programa de fitoterapia implantado em um município pernambucano. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, tendo como estratégias de coleta de dados a análise documental, a observação direta e entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados foi inspirada na análise de séries temporais do tipo cronologia a partir da construção da linha do tempo dos eventos históricos no percurso de implementação do programa, os quais foram discutidos em categorias temáticas. Os resultados da análise possibilitaram compreender que a proposta de implantação da fitoterapia no município nasce da legitimação do conhecimento tradicional sobre o uso de plantas medicinais pela população local. Desde a sua implantação foram muitos os desafios enfrentados de ordem política e estrutural, o que culminou com a atual suspensão da produção e dispensação dos produtos tradicionais fitoterápicos. A fitoterapia, neste caso, torna-se frágil na perspectiva de uma possibilidade terapêutica para o Município.

PALAVRAS-CHAVE: Plantas Medicinais e Fitoterapia. Atenção Primária à Saúde. Políticas Públicas. Sustentabilidade.

ABSTRACT

The Phytotherapy is a present reality in several Brazilian counties, offered in the National Health System. This article aims to analyze the sustainability of a herbal medicine program implemented in a county of Pernambuco. This is a qualitative approach of a case study research type whose data collection strategies are document analysis, direct observation and semi-structured interviews. Data analysis was inspired by time series analysis of the chronology type from the construction timeline of historical events in the deployment path of the program, which were discussed in thematic categories. The results of the analysis made it possible to understand that the implementation of the phytotherapy proposed in the county arises of the legitimacy of traditional knowledge on the use of medicinal plants by the local population. Many political and structural challenges were faced since its implementation, which led to the current suspension of the production and dispensing of the traditional herbal products. The Phytotherapy, in this case, becomes a fragile prospect of a therapeutic possibility for the county.

KEYWORDS: Medicinal Plants and Herbal Medicine. Primary Health Care. Public Policy. Sustainability.

FIGURAS DA DISSERTAÇÃO

Figura 2- Mapa de Localização do município de Brejo de Madre de Deus ã PE.....	26
--	----

FIGURA DO ARTIGO

Figura 1- Linha do tempo dos eventos históricos no percurso de implementação do Programa de fitoterapia.....	39
--	----

APL	Arranjo Produtivo Local
APS	Atenção Primária a Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MAC	Medicina Alternativas e Complementares
MS	Ministério da Saúde
MTC	Medicina Tradicional e Complementar
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	10
2INTRODUÇÃO	11
3 OBJETIVOS.....	14
3.1OBJETIVO GERAL.....	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
4REVISÃO DE LITERATURA.....	15
4.1PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA.....	15
4.1.1Aspectos históricos, definições, saberes e práticas.....	15
4.1.2 No contexto da atenção primária à saúde.....	16
4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCENTIVO ÀS PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA.....	18
4.3 SUSTENTABILIDADE DOS PROGRAMAS/POLÍTICAS.....	22
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	24
5.1 TIPO DE ABORDAGEM	24
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	24
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	26
5.4 COLETA DE DADOS	27
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	28
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
6RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
6.1 ARTIGO ORIGINAL.....	30
7CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICES.....	61
ANEXOS.....	64

APRESENTAÇÃO

A fitoterapia no Sistema único de Saúde, partiu das experiências vividas no decorrer da minha graduação no curso de Farmácia, pela Universidade Federal de Pernambuco e da trajetória profissional sob a perspectiva da assistência farmacêutica na saúde pública.

A graduação proporcionou práticas ricas com as plantas medicinais e a aproximação profissional com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) despertou-me inquietação pela necessidade de acesso a terapêutica medicamentosa no cuidado à saúde.

Com a minha inserção no Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, veio a oportunidade de participar do Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas, que estuda a inserção das práticas integrativas e complementares no SUS, dentre elas a fitoterapia, o que me fez resgatar o entusiasmo pelo tema.

O projeto mais amplo de estudo realizado pelo Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas é intitulado: *“Avaliação dos serviços em práticas integrativas e complementares no SUS em todo o Brasil e a efetividade dos serviços de plantas medicinais e medicina tradicional chinesa/práticas corporais para doenças crônicas em estudos de caso no Nordeste”*, que tem como instituição executora o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães ã Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco em parceria com outras instituições, dentre as quais se inclui o Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, no qual estou vinculada por meio do Mestrado Integrado em Saúde Coletiva.

Para atender a requisitos do projeto maior, essa dissertação tem como recorte analítico os serviços de Plantas Medicinais em estudo de caso no Nordeste e objetiva analisar a sustentabilidade do Programa de Fitoterapia no município de Brejo da Madre de Deus - PE.

Desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a estimular o desenvolvimento de formas simplificadas de tratamento, utilizando as ómedicinas tradicionais e complementares (MTC), no âmbito da atenção primária à saúde (APS), na perspectiva de se propor um novo modelo de atenção à saúde (OMS, 2013).

Dentre as MTC, a OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorização e valoração do uso de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza plantas ou preparações destas na APS (BRASIL, 2006a). De forma semelhante, no Brasil cerca de 82% da população utiliza plantas medicinais no cuidado em saúde, seja pelo conhecimento na MTC ou orientado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), neste prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS), pelos fundamentos e princípios desse nível de atenção e pela característica dessas práticas, que envolve interação entre saberes, parcerias nos cuidados com a saúde, ações de promoção e prevenção, entre outras. (BRASIL, 2012a).

Vale ressaltar que as atividades com o uso de plantas medicinais é uma prática milenar, que atravessa gerações a partir do acúmulo de conhecimentos empíricos, utilizada na prevenção e cura das enfermidades (ARAÚJO, 2010; SALLES et al, 2011). Além disso, incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social (RODRIGUES; SIMONI, 2010) ao promover o fortalecimento dos conhecimentos da comunidade.

A utilização de plantas e seus derivados como método terapêutico é denominado de fitoterapia e é bastante difundido em todo o mundo (TREVISAN et al. 2009). A fitoterapia tem resistido às inovações que vêm ocorrendo com o passar dos tempos e assim conseguido sustentar sua importância e a confiança das populações (MACIEL; PINTO; VEIGA, 2002).

Em consonância às recomendações da OMS e em reconhecimento à fitoterapia como forma de tratamento, várias cidades brasileiras têm desenvolvido a produção e o uso de plantas medicinais no âmbito do SUS, a partir de programas municipais e/ou estaduais, com instalações de laboratórios de produção para disponibilização da terapêutica, sendo alguns regulamentados por legislação específica (GIRÃO; RODRIGUES, 2005;). Entre os serviços implantados que utilizam estratégias com plantas medicinais e fitoterapia no SUS, podemos citar os municípios de Maracanaú (CE), Goiânia (GO), Campinas (SP), Niterói (RJ), Brejo da Madre de Deus (PE) dentre outros, que seguem desenvolvendo Programas de Fitoterapia na rede pública de saúde (BRASIL, 2012a).

Programa de Fitoterapia implantado no município de Brejo do desse estudo, assim como os demais programas citados anteriormente, foram importantes indutores para a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada em 3 de Maio de 2006 por meio da Portaria GM nº.971 (BRASIL, 2006b). E ainda, tendo como fortalecimento a PNPIC, aprovou-se em 26 de Junho de 2006, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), por meio do Decreto nº 5.813 (BRASIL, 2006c).

Em incentivo à regulamentação das atividades de fitoterapia, o Ministério da Saúde, em 2010, instituiu a Farmácia Viva no âmbito do SUS, estabelecimento que cultiva, coleta, processa, manipula e dispensa preparações oficinais e magistrais de plantas medicinais e fitoterápicos. A partir da instituição das Farmácias Vivas, os estabelecimentos ficam sujeitos ao disposto na regulamentação sanitária e ambiental, emanadas pelos órgãos e entes regulamentadores afins (BRASIL, 2010). Em adequação às novas normas, o Programa de Fitoterapia do município de Brejo da Madre de Deus (PE) passou a ser uma Farmácia Viva, sendo incluído no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES (BRASIL, 2011).

Com o objetivo de apoiar a estruturação e consolidação da cadeia produtiva proposta pelas Farmácias Vivas no país, em 2012 foi publicada a chamada para o Projeto Arranjos Produtivos Locais (APLs) de plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito do SUS, por meio do Edital SCTIE/MS nº 1/201 (BRASIL, 2012b). O município de Brejo da Madre de Deus (PE), com vistas a ampliar sua área de cultivo e de produção dos fitoterápicos tradicionais e assim fortalecer a Farmácia Viva Municipal Alípio Magalhães Porto, concorreu a chamada e foi contemplado.

Cabe destacar que as políticas e/ou programas de saúde nem sempre promovem as mudanças desejáveis e necessárias que atendam as expectativas e demandas das populações (VIACAVA *et al*, 2004; WORLD BANK, 2004). A continuidade das atividades dos programas por vezes não é mantida ou não alcança os resultados pretendidos ao longo dos anos, tendo como causas diversas razões, entre elas as decisões no planejamento inicial dos projetos, bem como as mudanças em relação ao apoio organizacional e financeiro durante sua implementação e manutenção (SCHEIRER; DEARING, 2011).

O termo sustentabilidade, utilizado no estudo, refere-se à continuidade ou à manutenção de um conjunto de atividades ao longo do tempo destinadas a alcançar os objetivos de um

dos benéficos para a comunidade (PLUYE *et al.*, 2004;

A sustentabilidade das intervenções em saúde é um tema pouco explorado no Brasil e ainda não se constitui uma questão sobre a qual os atores governamentais concentrem suas discussões nas agendas de planejamento e estratégias de saúde. Porém se faz necessária a discussão em meio a escassez de recursos, a fim de que possa possibilitar soluções oportunas para os problemas a serem enfrentados e assim viabilizar e manter as intervenções ao longo do tempo (OLIVEIRA; POTVIN; MEDINA, 2015).

Espera-se que o conhecimento gerado a partir desse estudo possa contribuir para o processo de decisão de futuras intervenções, na perspectiva de promover avanços e/ou reorganizações das ações de fitoterapia, de modo a direcioná-las à qualificação da atenção em saúde.

O estudo buscou analisar a sustentabilidade do Programa de Fitoterapia implantado no município de Brejo da Madre de Deus, que utiliza as potencialidades das plantas medicinais cultivadas no Agreste pernambucano, considerando que estar entre os municípios pioneiros a desenvolver ações com a fitoterapia, anterior à estratégias de formulações e aprovações adotadas pelo governo federal.

Nesse sentido, esse estudo tem as seguintes perguntas condutoras: Como o Programa de Fitoterapia, implantado no município de Brejo da Madre de Deus PE, vem se sustentando ao longo do tempo? Esse Programa tem conseguido produzir benefícios a seus usuários?

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a sustentabilidade do Programa de Fitoterapia no município de Brejo da Madre de Deus - PE.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar e descrever os eventos ao longo do percurso de implementação do Programa de Fitoterapia;
- b) Analisar os eventos no processo histórico do Programa de Fitoterapia;
- c) Analisar os motivos que interferem na sustentabilidade do referido Programa.

4.1 PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

4.1.1 Aspectos históricos, definições, saberes e práticas

Desde épocas remotas a humanidade compila saberes e práticas sobre o ambiente e natureza em que vive e obtém destas suas necessidades de sobrevivência (RANGEL; BRAGANÇA, 2009). Dentre tantas práticas difundidas, as plantas medicinais sempre tiveram grande relevância como recurso terapêutico de uma prática milenar, historicamente construída na sabedoria do senso comum, que articula cultura e saúde, uma vez que esses aspectos não ocorrem de maneira isolada, mas inseridos num contexto histórico determinado (ALVIM et al, 2006, p. 2).

Planta medicinal é toda planta que administrada ao homem ou animal promova uma ação terapêutica (LOPES et al, 2005). A terapêutica por meio do uso de plantas medicinais é denominada de fitoterapia. Nesta, as plantas medicinais são utilizadas em diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal (BRASIL, 2006c).

A Fitoterapia pode ainda ser percebida como a aplicação terapêutica de drogas vegetais, dentro de um contexto holístico. Entende-se o holismo como práticas que atravessam a dimensão da racionalidade médica, que valorizam a totalidade social em detrimento do individualismo (SOUZA; LUZ, 2009).

A utilização empírica das plantas advém de conhecimentos provenientes do saber popular ou tradicional, do acúmulo de informações e experiências transmitidas de grupos e sujeitos praticantes (FIGUEIREDO, 2005). Cada sociedade foi reunindo suas experiências, acumulando conhecimentos sobre espécies vegetais que são transmitidos de geração a geração até a atualidade (CALIXTO, 2005; VEIGA; MELLO, 2008).

Os relatos e as observações populares contribuem significativamente para a divulgação terapêutica das plantas, empiricamente indicadas. Os usuários de todo o mundo mantêm o consumo destas, consagrando as informações que foram sendo acumuladas durante séculos (LORENZI; MATOS, 2002).

Os saberes e as práticas das plantas medicinais perpassam gerações e transcendem etnias, raças e classes sociais com primordial importância terapêutica. É um recurso autêntico do

lizado no seio familiar e socializado nas relações de fusão das práticas populares de saúde (FIGUEIREDO, 2005), ressaltando que, o cuidado no seio familiar envolve uma dimensão emotiva, assim, permite que esses recursos populares tenham boa aderência pelo sujeito (VIVEIROS; GOULART; ALVIM, 2004).

O emprego das plantas medicinais é carregado de valores subjetivos, de cunho afetivo e contextualizado com o território social em que o sujeito se encontra (TEIXEIRA; NOGUEIRA, 2005). A valorização das expressões subjetivas e culturais sobre as práticas do cuidado contribui para a relação de respeito e sensibilidades nas diferentes realidades sociais e culturais (VIVEIROS; GOULART; ALVIM, 2004).

As práticas com plantas medicinais ao longo do século XX passaram por diversas transformações que culminaram com a diminuição de seu uso em detrimento do desenvolvimento de medicamentos sintéticos e industrializados decorrentes de conhecimentos científicos corretos e confiáveis (FIGUEREDO, 2007). Como reflexo desse contexto, o uso de plantas medicinais passou a ser negligenciado nas práticas terapêuticas modernas. No entanto, ao final do século XX, observa-se um retorno de valorização do uso das medicinas tradicionais, com base terapêutica ancorada na fitoterapia (LUZ, 1997).

As ações de fitoterapia propõem práticas com participação da comunidade nas diferentes formas de se trabalhar as plantas medicinais, e demandam práticas educativas centradas no diálogo, na solidariedade, na construção de parcerias, na politização individual e coletiva (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Numa perspectiva ampla, a fitoterapia pode e deve ser considerada como um campo de interação de saberes e práticas que valoriza aspectos como: os recursos culturais, práticas e saberes locais, a preservação das riquezas naturais e da biodiversidade, a interação dos usuários com a natureza, além de enriquecer as possibilidades terapêuticas (ANTONIO; TESSER; MORETTI, 2013). A não valorização dos diferentes saberes e práticas emergentes nas sociedades favorecem o ódesperdício de uma riqueza social (BORGES; PINHO; SANTOS, 2009, p.375).

4.1.2 No contexto da atenção primária à saúde

Entende-se por Atenção Primária à Saúde (APS) como sendo o nível de entrada no sistema de serviço de saúde, forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis, abordando os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e

e o bem estar (STARFIELD, 2002). Vale ressaltar que, no termo Atenção Básica (AB) em referência ao conjunto de ações no primeiro nível de atenção à saúde (PEREIRA et al, 2012).

A conferência de Alma-Ata, em 1978, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foi um marco nos debates internacionais sobre Atenção Primária à Saúde e consagrou o slogan "Saúde para todos no ano 2000", que sustentava a universalização da APS, a vinculação das políticas públicas de saúde com as políticas econômicas e sociais e a necessidade de determinação política dos estados na redução das desigualdades sociais. Posteriormente, os princípios de Alma-Ata foram incorporados à nova Constituição brasileira de 1988, seguindo-se em pouco tempo à aprovação da Lei que criou o Sistema Único de Saúde em 1990 (CASTIEL, 2012).

No Brasil, ao Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, foi dada a missão de consolidar a Atenção Primária à Saúde e operacionalizar os princípios e diretrizes contidos no Sistema Único de Saúde, assegurando desta forma as conquistas sociais (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014). Atualmente o Programa de Saúde da Família (PSF) é denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresentando-se como uma proposta de reestruturação da atenção primária (BRASIL, 2006a).

Atenção primária à saúde tem lugar privilegiado nas agendas mundiais, mesmo trinta anos após a Declaração de Alma-Ata foi o tema central do Relatório Mundial de Saúde em 2008 e tem sido o tema de uma série de conferências importantes ao redor do mundo (LABONTÉ et al., 2009).

Dentro do contexto, desde a conferência de Alma-Ata, a OMS tem recomendado a integração pelos estados-membros da medicina tradicional e da medicina alternativa e complementar na Atenção Primária à Saúde, o que inclui a terapêutica baseada no uso de plantas medicinais (BRASIL, 2006b), e que tem se apresentado como fonte acessível de atenção à saúde, por vezes a única, principalmente em muitos países considerados pobres (OMS, 2013).

O movimento de volta à valorização da cultura do usuário no sistema de saúde, possibilita um cuidado culturalmente harmônico que estabelece vínculo e percebe o sujeito como ativo no processo saúde e doença, constituindo um espaço de escuta ativa em que sejam possíveis mudanças na perspectiva de cuidado mais integral da saúde (MALTA; MEHRY, 2003).

A fitoterapia é uma terapêutica relevante nos cuidados primários de saúde, com reconhecido avanço na comprovação científica, na eficácia e na segurança, podendo complementar o tratamento utilizado pela medicina convencional, em especial para a população de menor renda, insatisfeita com certos aspectos do sistema de saúde público, com destaque para o

ntéticos com resultados nem sempre efetivos, o que tem or terapêuticas alternativas mais ónaturaisô, menos agressivas e de menor custo. (ELDIN; DUNFORDE, 2001; BRUNING; MOSEGUI; VIANNA, 2012).

As ações de fitoterapia tem grande potencial para seu desenvolvimento quando incorporadas ao sistema de saúde na Atenção Primária, com ampliação do acesso da população à diversidade terapêutica dessa prática. Possibilita ainda uma maior aproximação e integração entre trabalhadores da saúde e comunidade, o que torna a relação mais horizontal e contribui para reforçar o papel da APS como primeiro contato do usuário com o SUS (BRASIL, 2012a). Assim desmistifica preconceitos associados ao uso de plantas medicinais, valorizando as relações humanas na promoção do bem estar (CASAGRANDE; KUBO; RITTER, 2013).

A fitoterapia na APS ainda demanda ações de educação em saúde, facilitadoras da troca entre os saberes, do aumento a autoestima dos indivíduos e do coletivo o que proporciona um olhar ampliado de cuidado e recursos terapêuticos (BRASIL, 2012a).

Em diversas cidades brasileiras o SUS oferece serviços que envolvem ações e estratégias a partir de plantas medicinais e fitoterapia, com a implementação de programas municipais e estaduais, sendo alguns regulamentados por legislação específica (GIRÃO; RODRIGUES, 2005). Vários municípios e estados possuem hortos com cultivo de espécies de plantas medicinais que são fonte de matéria-prima e também de educação em saúde, com orientações sobre o uso racional (BRASIL, 2012a).

O crescente interesse pela utilização da fitoterapia nos serviços públicos de saúde, geralmente se dá em função de ser uma terapêutica de menor custo, de fácil acesso, o que aumenta a cobertura na Atenção Primária à Saúde (LEITE, 2000; SUZUKI, 2002).

4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCENTIVO ÀS PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

São várias as definições do que seja uma política pública, apresentando-se de diversas formas entre os autores da Ciência Política, da Sociologia, da Economia, da Saúde, dentre outros. De acordo com Souza, (2006, p. 24), política pública é definida ó como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicasô. O modo de agir, atuar, decidir e implementar políticas públicas reflete a visão de Estado e do projeto de governo vigente, que é o lócus onde os embates em torno de interesses, preferências e ideias se desenvolvem (SOUZA, 2006).

política pública se dirige para:

do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o conhecimento em prática e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no curso dessas ações. As formulações de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006, p.26).

Ainda de acordo com Souza (2006) sobre políticas públicas, sintetiza-se como elementos principais: o governo pretende fazer e o que, de fato, faz; o papel dos atores e os níveis de decisão, e não necessariamente se restringe a participantes formais; não se limita a leis e regras; é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados o que envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação.

Em correspondência aos fatores que contribuíram para a maior visibilidade das políticas públicas nas últimas décadas, Souza (2006) aponta que ainda não se conseguiu formar coalizões políticas capazes de equacionar minimamente a questão de como desenhar políticas públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social de grande parte de sua população.

Souza reporta, em artigo anterior (2003), que as pesquisas sobre políticas públicas são recentes no Brasil e remetem à busca do desenvolvimento e consolidação dos estudos das políticas nacionais, considerando as características do seu processo histórico, político e institucionais. Arretche (2003) também confirma que a política pública é uma área de recentes estudos brasileiros e que sua expansão e institucionalização decorrem de mudanças na sociedade, do intenso processo de experimentação em programas governamentais e à reforma do Estado.

Nas últimas décadas, ocorreram importantes avanços com a formulação e implementação de políticas públicas, programas e legislação com vistas à valoração e valorização das plantas medicinais nos cuidados primários com a saúde e sua inserção no sistema público, assim como ao desenvolvimento de suas cadeias produtivas (RODRIGUES; SANTOS; AMARAL, 2006).

A necessidade de ações para proteger e promover saúde, pautadas na formulação de políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de plantas medicinais decorre dos anos 1970, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata e a partir desta a OMS formulou estratégias para a inserção das medicina tradicionais e complementares (MTC) nas políticas públicas de saúde, reconhecidas como cuidados de saúde em expansão, com um enfoque holístico da vida, o equilíbrio entre mente e corpo e seu

estratégias são utilizadas por milhões de pessoas onde a OMS se incipiente (OMS, 2013).

A partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição de 1988, que declara a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, ocorreram, no país, transformações que possibilitaram a inclusão de algumas terapias não convencionais no sistema público, que vêm sendo frequentemente denominadas de práticas terapêuticas tradicionais e complementares (PINHEIRO; LUZ, 2003).

Contudo, o Brasil conta, desde 2006, com políticas públicas que promovem as práticas não convencionais em saúde. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) configurou-se no marco decisivo do processo de institucionalização dessas práticas inovadoras em saúde, passando a ser a referência para a estruturação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no sistema de saúde brasileiro. A política traz em suas diretrizes o provimento do acesso a plantas medicinais e fitoterapia aos usuários do SUS e a necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar as experiências que já vinham sendo desenvolvidas em diversos municípios e estados brasileiros (BRASIL, 2006b).

1. Resgatar e valorizar o conhecimento tradicional e promover troca de informações entre grupos de usuários, detentores de conhecimento tradicional, pesquisadores, técnicos, trabalhadores em saúde e representantes da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos.
2. Estimular a participação de movimentos sociais com conhecimento do uso tradicional de plantas medicinais nos Conselhos de Saúde.
3. Incluir os atores sociais na implantação e implementação desta Política Nacional no SUS.
4. Ampliar a discussão sobre a importância da preservação ambiental na cadeia produtiva.
5. Estimular a participação popular na criação de hortos de espécies medicinais como apoio ao trabalho com a população, com vistas à geração de emprego e renda. (BRASIL, 2006b, p. 50).

Seguindo as orientações que estimulam a inserção da medicina tradicional no Sistema Único de Saúde e tendo como suporte a PNPIC, o Brasil aprovou ainda a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), instituída em 22 de junho de 2006, por meio do Decreto Presidencial Nº 5.813, objetivando garantir à população o acesso seguro e uso racional das plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva, tocando em questões como agricultura familiar e cultivo orgânico e da indústria nacional. Dessa política, ainda podemos destacar sua diretriz número 10, que garante: *“Promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros;”* (Brasil, 2006c, p.23). Tal diretriz se desdobra nas seguintes ações:

...cerias do governo com movimentos sociais visando ao uso sustentável de plantas medicinais;

10.2 Identificar e implementar mecanismos de validação e/ reconhecimento que levem em conta os diferentes sistemas de conhecimento (tradicional/popular x técnico/científico);

10.3 Promover ações de salvaguarda do patrimônio imaterial relacionado às plantas medicinais (transmissão de conhecimentos tradicional entre gerações);

10.4 Apoiar as iniciativas comunitárias para a organização e reconhecimento dos conhecimentos tradicionais e populares (BRASIL, 2006c, p. 28).

As ações decorrentes da PNPMF, manifestadas em um Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, instituído em 09 de dezembro de 2008, por meio da Portaria Interministerial nº 2960, traz as responsabilidades dos parceiros na implementação da Política Nacional. As ações previstas pelo Programa abarcam ações que abrangem: as cadeias e Arranjos Produtivos Locais (APLs) de plantas medicinais e fitoterápicos, boas práticas de cultivo e coleta, boas práticas de manipulação e fabricação, desenvolvimento e pesquisa, assim como articulação com o setor privado (indústrias), financiamento, até as relacionadas a assistência à saúde propriamente dita (BRASIL, 2009).

Fruto das recomendações das políticas nacionais descritas, em 20 de abril de 2010 o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 886 que institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecimento que cultiva, coleta, processa, manipula e dispensa preparações oficinais e magistrais de plantas medicinais e fitoterápicos (Brasil, 2010). Esta política cria a possibilidade para os municípios estruturarem suas próprias oficinas e manipularem seus medicamentos a partir de plantas medicinais, por meio de processos e equipamentos menos sofisticados, com a matéria-prima vegetal, podendo ser produzida pelo próprio município (FIGUEREDO, GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014).

Ainda em incentivo à cadeia produtiva de plantas medicinais, em abril de 2012, o Ministério da Saúde publicou o Edital nº. 1, para seleção de propostas de Arranjos Produtivos Locais (APLs) no SUS. O objetivo do edital é apoiar a estruturação, consolidação e o fortalecimento de APLs no âmbito do PNPMF, com a finalidade de fortalecer a assistência farmacêutica e o complexo produtivo em plantas medicinais e fitoterápicos nos municípios e estados, contribuindo para ações transformadoras no contexto da saúde, ambiente e condições de vida da população (BRASIL, 2012b).

O Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápico define APL como sendo aglomerações de empreendimentos de um mesmo ramo, localizados em um mesmo território, que mantêm algum nível de articulação, interação, cooperação e aprendizagem entre si e com os demais atores locais - governo, pesquisa, ensino, instituições de crédito

do edital citado, 12 municípios se habilitaram a receber formação, consolidação e fortalecimento de APLs, no âmbito do SUS. Dentre os contemplados, está o município do presente estudo, Brejo da Madre de Deus - PE (BRASIL, 2012b).

Em síntese, as políticas descritas têm como objetivo garantir a prevenção de agravos, a promoção e a recuperação da saúde com ênfase na atenção básica à saúde e visam contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade, controle e participação social (BARROS, 2006; BRASIL, 2011).

4.3 SUSTENTABILIDADE DOS PROGRAMAS

Durante várias décadas pesquisadores têm estudado o que acontece com as iniciativas e as comunidades após a finalização de financiamentos externos de programas de saúde pública implementados. Questiona-se: a intervenção continuou? São intervenções viáveis a longo prazo? Quais os fatores que influenciam sua sustentabilidade? Apesar do crescente interesse, as pesquisas sobre sustentabilidade ainda não se difundiram amplamente, em especial no que diz respeito às agendas de saúde (SCHEIRER e DEARIN, 2011).

No Brasil, o tema sustentabilidade das intervenções em saúde é pouco explorado e ainda não se constitui em uma questão sobre a qual os atores governamentais concentrem suas discussões nas agendas de planejamento e estratégias de saúde. Porém se faz necessária a discussão em meio a escassez de recursos, a fim de que possa possibilitar soluções oportunas para os problemas a serem enfrentados e assim viabilizar e manter as intervenções ao longo do tempo (OLIVEIRA; POTVIN; MEDINA, 2015).

Ainda no Brasil a sustentabilidade é abordada sob perspectiva da promoção da saúde, e definida como a capacidade de um projeto ou programa de continuar provendo os benefícios anunciados durante um longo período, com vistas ao desenvolvimento sustentável que atenda às necessidades presentes e futuras (FRANCO DE SÁ et al, 2007 apud OPAS, 1992).

Segundo Scheirer (2005), a sustentabilidade tem sido descrita no contexto do ciclo de vida do programa, sua iniciação, desenvolvimento, implementação e sustentabilidade, os quais ocorrem ao longo de um período de vários anos. Pluye et al (2004) sugerem a sustentabilidade como um processo contínuo de atividades rotineiras que se apresentam ao longo do percurso de implementação de um programa.

São inúmeras as definições e os conceitos que têm aparecido na literatura e indicam um crescente interesse em compreender melhor a sustentabilidade, assegurando que os

aqueles que resistem durante um período relativamente alcançar melhorias na saúde de grandes comunidades

(BEERY et al., 2005).

Reconhece-se que os programas e iniciativas de saúde são influenciados por uma série de fatores que podem afetar o processo de sustentabilidade, tais como a integração organizacional, a institucionalização, a capacidade de inovação, o apoio político, a manutenção dos benefícios de saúde à comunidade (SCHEIRER, 2005), bem como as decisões no planejamento inicial dos projetos, as mudanças em relação ao apoio organizacional e financeiro durante sua implementação e manutenção (SCHEIRER; DEARING, 2011).

Em se tratando de avaliação de sustentabilidade é importante considerar que, embora possa existir um consenso sobre métodos úteis para investigar a sustentabilidade, não existe um único modelo de unificação ou de um conjunto de pressupostos formado (PLUYE ET AL., 2004; SCHEIRER, 2005).

Scheirer e Dearing (2011) afirmam que o conhecimento sobre sustentabilidade contribui para uma agenda ampliada de pesquisa para práticas mais eficazes em saúde.

Nesse sentido estaremos utilizando o termo sustentabilidade como a continuação ou a manutenção de um conjunto de atividades ao longo do tempo destinadas a alcançar os objetivos de um programa ou iniciativa, com resultados benéficos para a comunidade (PLUYE ET AL., 2004; SCHEIRER, 2005).

5.1. TIPO DE ABORDAGEM

Considerando as especificidades dos objetivos da pesquisa, assim como a natureza e a complexidade do objeto em estudo, utilizou-se a abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, o que permitiu a identificação das motivações, estratégias e eventos que caracterizam o percurso do Programa de Fitoterapia em análise.

A pesquisa qualitativa leva em consideração a compreensão, a interpretação dos fenômenos sociais, o significado e a intencionalidade atribuídas pelos atores pesquisados ao objeto de estudo (MINAYO, 2004). As dimensões das relações intersubjetivas que fazem parte de qualquer processo social e o influenciam como a adoção ou a rejeição de certas atitudes, valores, estilos de comportamento e de consciência (MINAYO, 2006). A pesquisa qualitativa auxilia na análise em profundidade dos objetos de interesse.

O estudo de caso é uma estratégia para pesquisa empírica empregada na investigação de um fenômeno contemporâneo, em seu contexto real, que possibilita a explicação de ligações causais de situações singulares. [...] uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, principalmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (YIN, 2010, p. 39). Para o autor, a opção pelo estudo de caso geralmente surge da intenção de se compreender fenômenos sociais complexos e tem como maior vantagem a possibilidade de aprofundar aquilo que está em questão.

Utilizou-se na dissertação o estudo de caso único pela representatividade do caso, pela circunstância exclusiva e proposta reveladora (YIN, 2010).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O município de Brejo da Madre de Deus (Figura 1) encontra-se localizado na Mesorregião do Agreste Pernambucano e na Microrregião do Vale do Ipojuca. A região metropolitana caracteriza-se por Agreste Central, representado com bioma de caatinga (PERNAMBUCO, 2013). A população estimada é de 45.180 habitantes (IBGE, 2010).

Administrativamente, o município é formado pelo município sede Brejo da Madre de Deus e os distritos de São Domingos, Barra do Farias, Cavalo Russo, Tambor, Fazenda Nova e

distrito mais conhecido é Fazenda Nova, lugar do maior do óTeatro de Nova Jerusalémô, fazendo alusão a Terra Santa de Jerusalém. Anualmente, neste local, se realiza a encenação da Paixão de Cristo, durante a Semana Santa (PERNAMBUCO, 2013).

A região é parte hidrográfica do Capibaribe. Apresenta-se com uma economia essencialmente agrícola, embora sob solo argiloso e terras agricultáveis de potencial bom a regular, restrito e não indicadas para atividades agrícolas. (CONDEPE,2005). A perda do potencial produtivo dos solos é considerada como processo de desertificação (PERNAMBUCO, 2010).

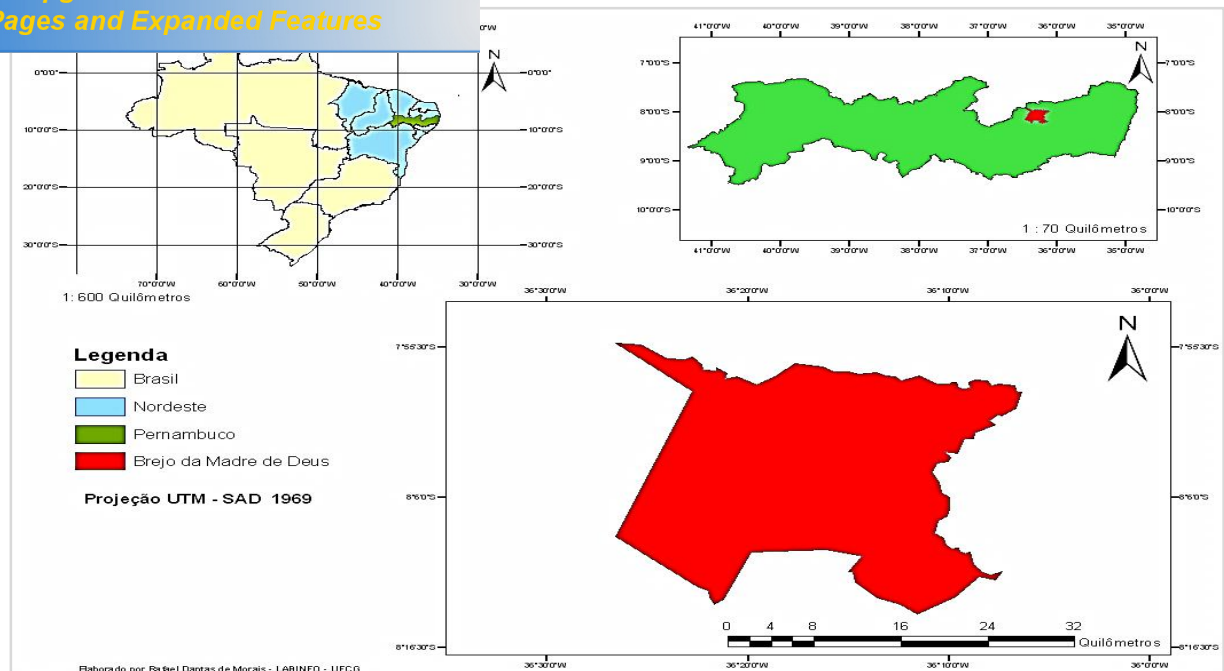
Segundo dados do Censo Escolar 2002,na faixa etária de 15 a 24anos,o município de Brejo da Madre de Deus/PE apresenta uma taxa de analfabetismo de 33,1%, mais elevada que a média do estado com 24,5%.Para o ensino fundamental é ainda mais elevada, com a taxa de 57,5% (PERNAMBUCO, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-IDH-M para o município de Brejo da Madre de Deus ã PE é de 0,562 (IBGE 2010). A respeito do perfil epidemiológico os percentuais das principais causas de mortalidade do município são: doenças do aparelho circulatório (25,9%), neoplasias (13,2%), causas externas (11,3%), sinais e sintomas mal definidos (10,9%), nutricionais (8,83%), aparelho respiratório (7,96%), outros (21,92%) (PERNANBUCO, 2013).

As atividades de saúde são desenvolvidas através da Assistência Ambulatorial; Hospitalar; Programa de Saúde da Família (PSF); Centro de Especialidades Odontológicas ã CEO; Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Policlínica; Laboratório de Fitoterapia; Programa de Vigilância à Saúde e Núcleo de Apoio à Saúde da Família ã NASF. Atualmente, a Estratégia de Saúde da Família conta com 10 equipes, o que corresponde a uma cobertura de 75% (PERNAMBUCO, 2013).

O Laboratório de Fitoterapia Alípio Magalhães Porto (LAFIAMP) foi implantado em Agosto de 1997, com uma propostade distribuição de remédios à base de plantas nativas cultivadas no agreste pernambucano, e utilizadas há décadas pela população local.São produzidos lambedores, alcoolaturas, pomadas e sabonetes, distribuídos em todos as Unidades de Saúde, como integrantes do rol de possibilidades terapêuticas (Anexo F).

Município de Brejo de Madre de Deus - PE.



Fonte: Rafael Dantas de Moraes, 2012.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram: 5 (cinco) atores-chave indicados pela Coordenação do Programa de Fitoterapia, pelo fato de terem conhecimento e participação relevante na construção do referido Programa; 8 (oito) profissionais de saúde, sendo 7 profissionais de nível superior e 1 de nível técnico, indicados pela Gestão e Coordenação da Atenção Básica do município, de modo que cada profissional representou a Unidade Básica de Saúde em que se encontrava inserido; e 6 (seis) usuários assistidos, selecionados pela técnica não probabilística de bola de neve, pelo fato da impossibilidade de recrutá-los por meio de prontuários, uma vez que estes não foram encontrados com registro para o uso da fitoterapia.

A técnica não probabilística é conhecida como amostragem em bola de neve ou bola de neve ou, ainda, como cadeia de informantes (PENROD et al, 2003). A técnica permite a definição de amostra por referência, em que cada participante indica um novo participante até que seja alcançada a saturação do objetivo proposto. A saturação atingida ocorreu com a repetição de conteúdos obtidos nas entrevistas, sem acrescentar novas informações relevantes ao estudo.

cialidade dos entrevistados ao longo do estudo, como a credência dos dados coletados, as entrevistas transcritas receberam uma codificação (NAVARRETE; SILVA, 2009).

Todos os participantes receberam como codificação nomes fictícios de plantas, sem duplicações destas. Osatores-chavereceberam os seguintes nomes fictícios: Acácia, Anis, Celidônia, Ipê e Jasmim. Os profissionais de saúde da ESF: Angélica, Bouvardia, Cerejeira, Dendron, Estrelícia, Frésia, Gardênia e Heliconia. Os usuários: Aloe, Bétula, Calêndula, Endro, Guaco e Hibisco.

5.4 COLETA DE DADOS

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Anexo G), e da anuência do município em estudo (Anexo H), iniciou-se a coleta de dados, ocorrida em Agosto de 2014 e finalizada em Julho de 2015.

Obteve-se as evidências do objeto do estudo a partir das seguintes estratégias metodológicas como fontes de dados:

- 1) Análise documental, que englobam, Plano Municipal de Saúde (dos anos de 2010 e 2013) (Anexo A), Relatórios Anuais de Gestão (dos anos de 2011 a 2013) (Anexo B e C), Atas do Conselho Municipal de saúde (do período de 1991 a 2006 e 2010 a 2014) (Anexo D) e revista (Anexo E).
- 2) Entrevista semiestruturada com os participantes do estudo constituiu-se como fonte essencial de evidências (Apêndice A);
- 3) Observação direta, em busca de auxiliar a compreensão do contexto em estudo.

Em referência aos documentos de gestão coletados, não encontrou-se registro para Atas do Conselho Municipal de saúde dos anos de 2007 a 2009, tal período foi posto como fase de transição da escrita em livros de atas para arquivos em computador, ora escrevia-se em atas, ora em computador, de modo que os registros não foram compilados. Em relação aos Relatórios Anuais de Gestão e Plano Municipal de Saúde, encontrou-se registros apenas para os períodos citados anteriormente.

Inicialmente, os entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, assim como da leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). As entrevistas tiveram duração média de 15 a 30 minutos. Todas elas foram áudio gravadas, posteriormente transcritas na íntegra e armazenadas para então serem analisadas. As entrevistas individuais possibilitam alcançar uma variedade de impressões e percepções em

ardson (1999, p. 160), óé uma técnica importante que a estreita relação entre as pessoas. É um modo de comunicação no qual determinada informação é transmitidaô.

A observação direta foi realizada durante as visitas ao campo, assim como nas entrevistas, de modo a proporcionar dados adicionais ao entendimento do contexto estudado. Nesta, utilizou-se de recursos variados como diário de campo, gravadores e câmerafotográfica,

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Conforme as estratégias para análises do estudo de caso proposto por Yin (2010), esta pesquisa inspirou-se na análise de séries temporais do tipo cronologia com ênfase dada a abordagem qualitativa. Nesta, a sequência cronológica foca os principais pontos do estudo de caso e permite que os eventos sejam rastreados ao longo do tempo (YIN, 2010).

Assim, a partir dos dados do material coletado construiu-se uma linha do tempo com os eventos históricos relevantes no percurso do Programa de Fitoterapia em análise. Posteriormente, deu-se a análise desses em categorias temáticas.

A formulação das categorias temáticas deu-se pela sequência de seções sugeridas para apresentação do caso de ordem cronológica proposto por Yin (2010) que podem seguir as fases ditas iniciais, intermediárias e finais ou posteriores ou ainda situação atual do caso (YIN, 2010).

Para tanto, nessa pesquisa considerou-se como fase inicial a concepção do Programa de Fitoterapia, como fase intermediária a sua implantação e como situação atual do caso a cenário do referido programa.

De acordo com Yin (2010) alguns eventos devem sempre ocorrer antes de outros eventos, com a sequência reversa não sendo possível. Assim, considera-se que na concepção do Programa de Fitoterapia tenha-se discutido e construído inicialmente o evento do projeto descrito com objetivos e metas a serem cumpridas, espera-se que na fase de implantação o projeto se transforme em ações propriamente ditas, com legislação municipal específica para tal e a continuidade das ações ao longo do tempo dita sustentabilidade, tenha alcançado os objetivos e metas propostos em prol de benefícios à saúde comunidade.

Vale ressaltar que nessa dissertação, o conceito de sustentabilidade é definida como a continuação ou a manutenção de um conjunto de atividades ao longo do tempo destinadas a alcançar os objetivos de um programa ou iniciativa, com resultados benéficos para a comunidade (PLUYE ET AL., 2004; SCHEIRER, 2005). Segundo Scheirer (2005) há

stentabilidade desejável esteja ligada a fatores como
ionalização, o apoio político, dentre outros. Tais fatores
representam potenciais para resultados positivos em programas de saúde pública (SHEIRER, 2005).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu às normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde/ CNS, número 466/12, que disciplina a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012c). Para tanto, o projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fiocruz/CPqAM/PE sob o parecer de número 889.001 (Anexo H), assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice B)

6.1 ARTIGO ORIGINAL

FITOTERAPIA NO SUS: UMA ANÁLISE DA SUSTENTABILIDADE EM MUNICÍPIO DO NORDESTE DO BRASIL

PHYTOTHERAPY IN NATIONAL HEALTH SYSTEM: A SUSTAINABILITY ANALYSIS IN A NORTHEAST COUNTY OF BRAZIL

A fitoterapia é uma realidade presente em diversos municípios brasileiros, ofertada no Sistema Único de Saúde. Este artigo tem como objetivo analisar a sustentabilidade do programa de fitoterapia implantado em um município pernambucano. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, tendo como estratégias de coleta de dados a análise documental, a observação direta e entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados foi inspirada na análise de séries temporais do tipo cronologia a partir da construção da linha do tempo dos eventos históricos no percurso de implementação do programa, os quais foram discutidos em categorias temáticas. Os resultados da análise possibilitaram compreender que a proposta de implantação da fitoterapia no município nasce da legitimação do conhecimento tradicional sobre o uso de plantas medicinais pela população local. Desde a sua implantação foram muitos os desafios enfrentados de ordem política e estrutural, o que culminou com a atual suspensão da produção e dispensação dos produtos tradicionais fitoterápicos. A fitoterapia, neste caso, torna-se frágil na perspectiva de uma possibilidade terapêutica para o Município.

PALAVRAS-CHAVE: Plantas Medicinais e Fitoterapia. Atenção Primária à Saúde. Políticas Públicas.

The Phytotherapy is a present reality in several Brazilian counties, offered in the National Health System. This article aims to analyze the sustainability of a herbal medicine program implemented in a county of pernambuco. This is a qualitative approach of a case study research type whose data collection strategies are document analysis, direct observation and semi-structured interviews. Data analysis was inspired by time series analysis of the chronology type from the construction timeline of historical events in the deployment path of the program, which were discussed in thematic categories. The results of the analysis made it possible to understand that the implementation of the phytotherapy proposed in the county arises of the legitimacy of traditional knowledge on the use of medicinal plants by the local population. Many political and structural challenges were faced since its implementation, which led to the current suspension of the production and dispensing of the traditional herbal products. The Phytotherapy, in this case, becomes a fragile prospect of a therapeutic possibility for the county.

KEYWORDS: Medicinal Plants and Herbal Medicine. Primary Health Care. Public Policy.

Desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a estimular o desenvolvimento de formas simplificadas de tratamento, utilizando as ómedicinas tradicionais e complementaresô (MTC), no âmbito da atenção primária à saúde (APS), na perspectiva de se propor um novo modelo de atenção à saúde (OMS, 2013).

Dentre as MTC, a OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorização e valoração do uso de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza plantas ou preparações destas na APS (BRASIL, 2006a). De forma semelhante, no Brasil cerca de 82% da população utiliza plantas medicinais no cuidado em saúde, seja pelo conhecimento na MTC ou orientado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), neste prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS), pelos fundamentos e princípios desse nível de atenção e pela característica dessas práticas, que envolve interação entre saberes, parcerias nos cuidados com a saúde, ações de promoção e prevenção, entre outras. (BRASIL, 2012a).

Vale ressaltar que as atividades com o uso de plantas medicinais é uma prática milenar, que atravessa gerações a partir do acúmulo de conhecimentos empíricos, utilizada na prevenção e cura das enfermidades (ARAÚJO, 2010; SALLES et al, 2011). Além disso, incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social (RODRIGUES; SIMONI, 2010) ao promover o fortalecimento dos conhecimentos da comunidade.

A utilização de plantas e seus derivados como método terapêutico é denominado de fitoterapia e é bastante difundido em todo o mundo (TREVISAN et al. 2009). A fitoterapia tem resistido às inovações que vêm ocorrendo com o passar dos tempos e assim conseguido sustentar sua importância e a confiança das populações (MACIEL; PINTO; VEIGA, 2002).

Em consonância às recomendações da OMS e em reconhecimento à fitoterapia como forma de tratamento, várias cidades brasileiras têm desenvolvido a produção e o uso de plantas medicinais no âmbito do SUS, a partir de programas municipais e/ou estaduais, com instalações de laboratórios de produção para disponibilização da terapêutica, sendo alguns regulamentados por legislação específica (GIRÃO; RODRIGUES, 2005). Entre os serviços implantados que utilizam estratégias com plantas medicinais e fitoterapia no SUS, podemos citar os municípios de Maracanaú (CE), Goiânia (GO), Campinas (SP), Niterói (RJ), Brejo da Madre de Deus (PE) dentre outros, que seguem desenvolvendo Programas de Fitoterapia na rede pública de saúde (BRASIL, 2012a).

saúde o Programa de Fitoterapia implantado no município de Brejo da Madre de Deus (PE) foi o objeto desse estudo, assim como os demais programas citados anteriormente, foram importantes indutores para a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada em 3 de Maio de 2006 por meio da Portaria GM nº.971 (BRASIL, 2006b). E ainda, tendo como fortalecimento a PNPIC, aprovou-se em 26 de Junho de 2006, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), por meio do Decreto nº 5.813 (BRASIL, 2006c).

Em incentivo à regulamentação das atividades de fitoterapia, o Ministério da Saúde, em 2010, instituiu a Farmácia Viva no âmbito do SUS com o estabelecimento que cultiva, coleta, processa, manipula e dispensa preparações oficinais e magistrais de plantas medicinais e fitoterápicos. A partir da instituição das Farmácias Vivas, os estabelecimentos ficam sujeitos ao disposto na regulamentação sanitária e ambiental, emanadas pelos órgãos e entes regulamentadores afins (BRASIL, 2010). Em adequação às novas normas, o Programa de Fitoterapia do município de Brejo da Madre de Deus (PE) passou a ser uma Farmácia Viva, sendo incluído no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES (BRASIL, 2011).

Com o objetivo de apoiar a estruturação e consolidação da cadeia produtiva proposta pelas Farmácias Vivas no país, em 2012 foi publicado a chamada para o Projeto Arranjos Produtivos Locais (APLs) de plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito do SUS, por meio do Edital SCTIE/MS nº 1/201 (BRASIL, 2012b). O município de Brejo da Madre de Deus (PE), com vistas a ampliar sua área de cultivo e de produção dos fitoterápicos tradicionais e assim fortalecer a Farmácia Viva Municipal Alípio Magalhães Porto, concorreu a chamada e foi contemplado.

Cabe destacar que as políticas e/ou programas de saúde nem sempre promovem as mudanças desejáveis e necessárias que atendam as expectativas e demandas das populações (VIACAVA et al, 2004; WORLD BANK, 2004). A continuidade das atividades dos programas por vezes não é mantida ou não alcança os resultados pretendidos ao longo dos anos, tendo como causas diversas razões, entre elas as decisões no planejamento inicial dos projetos, bem como as mudanças em relação ao apoio organizacional e financeiro durante sua implementação e manutenção (SCHEIRER; DEARING, 2011).

O termo sustentabilidade, utilizado no estudo, refere-se à continuidade ou à manutenção de um conjunto de atividades ao longo do tempo destinadas a alcançar os

ciativa, com resultados benéficos para a comunidade (005).

A sustentabilidade das intervenções em saúde é um tema pouco explorado no Brasil e ainda não se constitui uma questão sobre a qual os atores governamentais concentrem suas discussões nas agendas de planejamento e estratégias de saúde. Porém se faz necessária a discussão em meio a escassez de recursos, a fim de que possa possibilitar soluções oportunas para os problemas a serem enfrentados e assim viabilizar e manter as intervenções ao longo do tempo (OLIVEIRA; POTVIN; MEDINA, 2015).

Espera-se que o conhecimento gerado a partir desse estudo possa contribuir para o processo de decisão de futuras intervenções, na perspectiva de promover avanços e/ou reorganizações das ações de fitoterapia, de modo a direcioná-las à qualificação da atenção em saúde.

Nesse sentido este estudo buscou analisar a sustentabilidade do Programa de Fitoterapia implantado no município de Brejo da Madre de Deus, que utiliza as potencialidades das plantas medicinais cultivadas no Agreste pernambucano, considerando que estar entre os municípios pioneiros a desenvolver ações com a fitoterapia, anterior à estratégias de formulações e aprovações adotadas pelo governo federal.

Nesse sentido, esse estudo tem as seguintes perguntas condutoras: Como o Programa de Fitoterapia, implantado no município de Brejo da Madre de Deus PE, vem se sustentando ao longo do tempo? Esse Programa tem conseguido produzir benefícios a seus usuários? Quais os benefícios evidenciados?

Considerando as especificidades, assim como a natureza e a complexidade do objeto em estudo, utilizou-se a abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, o que permitiu a identificação das motivações, estratégias e eventos que caracterizam o percurso do Programa de Fitoterapia em análise, implantado no município de Brejo da Madre de Deus. Tal município encontra-se localizado na Mesorregião do Agreste Pernambucano, representado com o bioma de caatinga. A população estimada é de 45.180 habitantes (IBGE, 2010).

Os participantes do estudo foram: 5 (cinco) atores-chave indicados pela Coordenação do Programa de Fitoterapia, pelo fato de terem conhecimento e participação relevante na construção do referido Programa; 8 (oito) profissionais de saúde, sendo 7 profissionais de nível superior e 1 de nível técnico, indicados pela Gestão e Coordenação da Atenção Básica do município, de modo que cada profissional representou a Unidade Básica de Saúde em que se encontrava inserido; e 6 (seis) usuários assistidos, selecionados pela técnica não probabilística de bola de neve, pelo fato da impossibilidade de recrutá-los por meio de prontuários, uma vez que estes não foram encontrados com registro para o uso da fitoterapia.

Como forma de garantir a confidencialidade dos entrevistados ao longo do estudo, como também para identificação da procedência dos dados coletados, as entrevistas transcritas receberam uma codificação (NAVARRETE; SILVA, 2009).

Todos os participantes receberam como codificação nomes fictícios de plantas, sem duplicações destas. Os atores-chave receberam os seguintes nomes fictícios: Acácia, Anis, Celidônia, Ipê e Jasmim. Os profissionais de saúde da ESF: Angélica, Bouvardia, Cerejeira, Dendron, Estrelícia, Frésia, Gardênia e Heliconia. Os usuários: Aloe, Bétula, Calêndula, Endro, Guaco e Hibisco.

Obteve-se as evidências do objeto do estudo a partir das seguintes estratégias metodológicas como fontes de dados: a) Análise documental, que englobam, panfleto e revista, documentos oficiais do município: Atas do Conselho Municipal de saúde (do período de 1991 a 2006 e 2010 a 2014), Relatórios Anuais de Gestão (dos anos de 2011 a 2013) e Plano Municipal de Saúde (dos anos de 2010 e 2013); b) Entrevista semiestruturada com os participantes do estudo, constituiu-se como fonte essencial de evidências; c) Observação direta, em busca de auxiliar a compreensão do contexto em estudo.

Conforme as estratégias para análises do estudo de caso proposto por Yin (2010), esta pesquisa inspirou-se na análise de séries temporais do tipo cronologia com ênfase dada a

ênica cronológica foca os principais pontos do estudo de rastreados ao longo do tempo (YIN, 2010).

Assim, a partir dos dados do material coletado construiu-se uma linha do tempo com os eventos históricos relevantes no percurso do Programa de Fitoterapia em análise, posteriormente, deu-se a análise desses em categorias temáticas.

A formulação das categorias temáticas deu-se pela sequência de seções sugeridas para apresentação do caso de ordem cronológica proposto por Yin (2010) que podem seguir as fases ditas iniciais, intermediárias e finais ou posteriores ou ainda situação atual do caso (YIN, 2010).

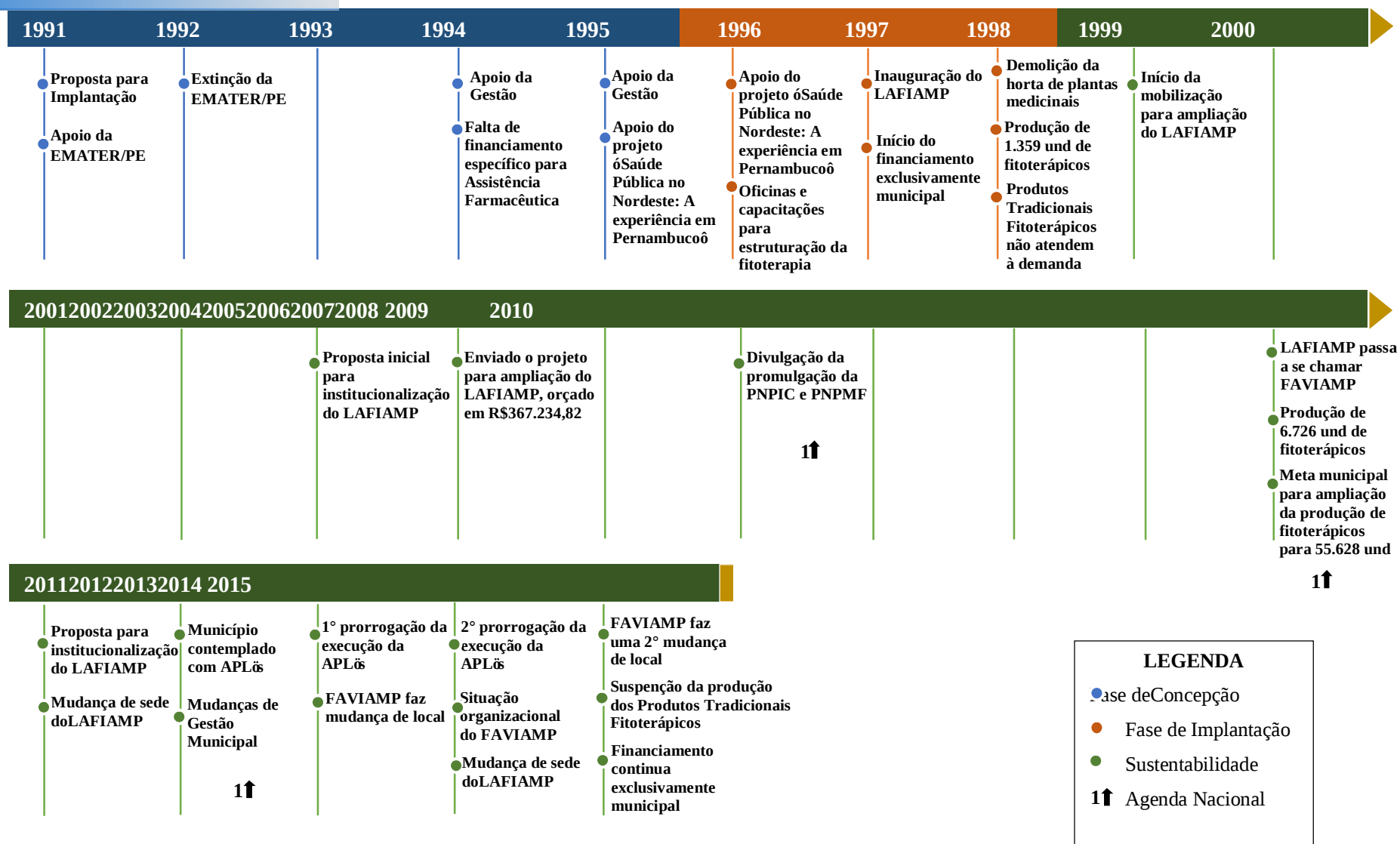
Para tanto, nessa pesquisa considerou-se como fase inicial a concepção do Programa de Fitoterapia, como fase intermediária a sua implantação e como situação atual do caso a sustentabilidade do referido programa.

O estudo foi realizado de acordo com os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fiocruz/CPqAM/PE e compôs parte de um projeto desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco e Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, intitulado: *6 Avaliação dos serviços em práticas integrativas e complementares no SUS em todo o Brasil e a efetividade dos serviços de plantas medicinais e medicina tradicional chinesa/práticas corporais para doenças crônicas em estudos de caso no Nordeste*⁶. Foi realizado em um período de dez meses entre os anos de 2014 e 2015 e estudou o recorte analítico dos serviços de plantas medicinais em estudo de caso no Nordeste. Projeto financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A partir das informações coletadas durante o estudo, construiu-se uma linha do tempo (Figura 1) com os eventos históricos relevantes, que foram organizados como estratégia de busca dos acontecimentos ao longo do percurso do Programa de Fitoterapia em análise, identificando as transformações e/ou modificações ocorridas. Posteriormente os eventos foram discutidos em categorias temáticas para análise da sustentabilidade de suas atividades no decorrer do tempo.

O município desde 1997 iniciou discussão e implantação de atividades com a fitoterapia e recebeu destaque pelo Ministério da saúde, sendo considerado um município de referência nacional. Observa-se ainda que o município é pioneiro a desenvolver ações com a fitoterapia no âmbito do SUS, anterior à estratégias de formulações e aprovações adotadas pelo governo federal. No entanto, é possível observar na linha do tempo que o Programa sofreu diversos percalços, chegando em 2015 a interromper a produção dos produtos tradicionais fitoterápicos.

os históricos no percurso de implementação do programa de fitoterapia



Fonte: elaboração do autor a partir da análise documental e entrevistas

Do que se tem registro, a proposta de implantação de um Programa de Fitoterapia no município em estudo é discutida desde o ano de 1991 e foi legitimada pelo conhecimento e tradição do uso de plantas medicinais pela população local. Na época, o município recebia o apoio da EMATER/PE (Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado de Pernambuco), mais tarde extinta pelo Governo Federal.

A proposta não ficou negligenciada e no ano de 1994 a gestão municipal posiciona-se favorável, tendo observado no município a falta de medicação básica e os consequentes agravos de saúde da população.

[...] A implantação do projeto de fitoterapia foi muito interessante, ele veio pela dificuldade que a gente tinha, porque na época as políticas de saúde não tinham determinado a questão da farmácia básica que a gente tem hoje, era a prefeitura que comprava diretamente toda a medicação... e a gente viu a dificuldade... a falta de remédios... especialmente para tratar a parte respiratória, as crianças tinham muita gripe, muita virose e muitas vezes terminavam com pneumonias e a mortalidade muito alta [...] (Anís)

De forma a viabilizar a iniciativa, em 1995, o município recebeu apoio do projeto ÓSaúde Pública no Nordeste: A Experiência de Pernambuco, coordenado pelo Núcleo de Saúde Pública (NUSP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), tendo sido fruto da Cooperação Técnica entre Brasil e Japão, por meio da Agência Japonesa de Cooperação Internacional (JICA). O apoio foi um alicerce de grande valia, o município recebeu suporte previsto e necessário para montar o Laboratório de Fitoterapia:

[...] Nós montamos o laboratório com o apoio do JICA, ele financiou junto com a Universidade Federal de Pernambuco... conseguimos os equipamentos, estufa, balança, várias coisas que nós temos e aí começamos [...] (Acácia)

Implantação do programa de fitoterapia

Por meio do projeto ÓSaúde Pública no Nordeste: A Experiência de Pernambuco, o município recebeu o apoio do Centro Nordestino de Medicina Popular, que realizou oficinas e capacitações com a população e os profissionais de saúde do município, com ênfase no manejo, práticas de uso e evidências benéficas, advindos das crenças e conhecimentos trazidos pela população local. Assim, foram elaborados os primeiros produtos tradicionais

prática, ao mesmo tempo em que se estabelecia troca de saberes e experiências que valorizam os seguintes aspectos: os recursos culturais, práticas e saberes locais, a interação com os usuários, além de enriquecer as possibilidades terapêuticas (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013).

De acordo com o ator-chave Acácia, ator de fundamental importância, que conduz as ações referentes ao Programa de Fitoterapia e atua com persistência para torná-lo possível, o que determinou sua permanência

[...] Fizemos encontros com os agricultores e associações... e eles foram trazendo as plantas daqui da região... foi quando começou a criação dos produtos... em seguida foi feito treinamento com médicos e enfermeiros... apresentei os produtos e falei das indicações [...] (Acácia).

Assim, em primeiro de Agosto de 1997 foi inaugurado o Laboratório de Fitoterapia, inicialmente denominado Laboratório de Fitoterapia Alípio Magalhães Porto (LAFIAMP) que desenvolve, manipula e distribui produtos tradicionais fitoterápicos na rede pública de saúde. Dentre os produtos tradicionais fitoterápicos produzidos estão algumas alcoolaturas, lambedores e pomadas.

Após sua implantação, o LAFIAMP assumiu suas atividades com financiamento exclusivamente municipal, visto que o Programa de Fitoterapia foi implementado antes de qualquer normatização e regulamentação nacional e/ou estadual. Dessa forma, evidencia que a gestão municipal, mesmo na ausência de política indutora (nacional ou estadual) identificou a fitoterapia como importante para estar na sua agenda de ações.

No que concerne ao financiamento, as atividades da fitoterapia terão que competir com outras dentro do SUS (FIGUEREDO, 2011) e ainda lidar com os conflitos relacionados às disposições financeiras e fiscais do município.

Um aspecto importante evidenciado nessa pesquisa foi a falta de um documento escrito ou um projeto-piloto que orientasse a proposta e o funcionamento do Programa, bem como seus objetivos, as metas a serem alcançadas e a alocação de recursos para manutenção de suas atividades. Dessa forma, em um contexto de análise, prováveis falhas podem não estar na implantação propriamente dita, mas na sua formulação e concepção. Ainda em uma análise, torna-se complexo mensurar o alcance desta, uma vez que não há registros de planejamento.

Percebe-se o quanto o comprometimento gestor foi fundamental para que a iniciativa pudesse ser estruturada de fato. A busca de apoio e parcerias se constituem como oportunidades que viabilizam a implantação de projetos, com maior sustentação para alcançar resultados amplos e eficazes com vistas à saúde. Contudo, ainda que tivesse havido uma

idos apontam para possíveis fragilidades visto a falta de um planejamento estratégico inicial durante sua concepção.

Considerando que a literatura coloca a disponibilidade de recursos como fator fundamental para resultados sustentáveis de programas públicos em saúde, a falta de evidência na alocação de recursos definidos para as ações de fitoterapia no município sugerem o pior desempenho.

Em 1998, logo após sua implantação, o Programa de Fitoterapia revela fragilidades em relação à produção insuficiente dos produtos tradicionais fitoterápicos, pois não atendem à demanda da população local. A falta de um projeto específico na elaboração inicial dos produtos, não se elencaram patologias incidentes nem o perfil epidemiológico que pudessem subsidiar a construção da situação de saúde local e consequentemente a orientação e o planejamento das principais demandas de saúde. Desse modo, a produção não consegue priorizar e atender as necessidades do sistema de saúde.

Nessa mesma época ocorreu mudança de gestão, consequentemente ocorreram modificações na conformação do Programa que culminaram com a destruição das hortas de plantas medicinais. No contexto, os embates em torno de interesses, preferências e ideias refletem a visão do governo vigente (SOUZA, 2006). Sem apoio gestor satisfatório a realidade da fitoterapia torna-se bastante complexa.

[..] tinham 36 canteiros de plantas medicinais na horta, coisa mais linda... quando mudou a gestão tentaram acabar com a fitoterapia... simplesmente passaram o trator... acabaram com as plantas, passaram o trator na horta... não tinha mais nada... nós continuamos, mas com dificuldades em outro local mesmo com pouca condição, faltava água, não tinha poço, tinha criação de porcos próximo, o espaço não era grande [...] (Acácia).

[..] um grande entrave é justamente a não credibilidade gestora... a horta foi desativada, era aqui por trás da prefeitura... e foi feito para guardar os carros... foi entregue outro local para a horta [...] (Celidônia)

Em se tratando da matéria-prima, o acesso às plantas medicinais torna-se cada vez mais comprometido pela dificuldade de manutenção de suas hortas, de modo que o Programa passou a produzir seus produtos a partir de plantas medicinais trazidas pela comunidade local, cultivadas em seus quintais. Tal situação corrobora com a literatura em que ações com a fitoterapia contribuem para a participação da comunidade nas diferentes formas de se trabalhar as plantas medicinais, a solidariedade, a construção de parcerias, a politização individual e coletiva (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Além do que, a participação da agricultura familiar nos arranjos produtivos de plantas medicinais é uma estratégia fundamental para garantir insumos e produtos (BRASIL, 2006b).

ocedência da matéria-prima pode comprometer situações de saúde, uma vez que não ocorracultivo e manejo adequados, presença de resíduos de agrotóxicos, dentre outros contaminantes. Para tanto, faz-se necessário a captação de recursos humanos para o cultivo, manejo, produção, distribuição e uso das plantas medicinais (BRASIL, 2006b).

Cenário do programa de fototerapia

Em 1999, os atores do programa de fitoterapia explicitaram a necessidade de ampliação do espaço físico bem como de suas atividades, previstas como metas em documentos de gestão do município. No que concerne ao espaço físico, o programa não contava com sede própria, funcionava nas dependências do Hospital Municipal, o qual nos anos seguintes precisou passar por reformas e o Laboratório de Fitoterapia, por sua vez, perdeu sua sede. Precisou-se alugar um novo espaço para o Laboratório, que também necessitou passar por reformas de adequação para o seu funcionamento, o que comprometeu o andamento de suas atividades. Assim o programa seguiu com dificuldades.

• Dificuldades para a institucionalização

Durante o período do estudo o programa de Fitoterapia não havia sido instituído oficialmente como uma política pública municipal. No entanto, desde 2003, em reunião do conselho municipal de saúde, discutiu-se sobre essa institucionalização. A decisão de se criar um serviço de saúde desvinculado de uma legalidade normativa abre espaço para discontinuidades. Desse modo, o programa encontra-se sem definições de regras claras que subsidiem o seu funcionamento adequado, sem segurança jurídica que garanta sua existência, a depender dos interesses dos partidos, coalizões ou grupos políticos que assumam a gestão. Deve-se pontuar que a institucionalidade não se resume apenas à legalização (lei), corresponde também à criação das condições políticas e organizacionais para implementar ações e apoio às iniciativas sociais, e a permanência destas em curso (SCHIOCHET, 2009).

Apenas em 2006, o Ministério da Saúde regulamenta as políticas de PNPIC e PNPMF, que preconizam o acesso à plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito do SUS, porém, tais políticas não estabelecem um financiamento específico e perene para as ações destas. As necessidades são muitas, o que demonstra incoerência entre os objetivos propostos pela políticas e os meios para viabilizá-los (FIGUEREDO, 2011).

...idade que nós temos é a falta de verbas, porque quem assume
...a prefeitura...mesmo depois das regulamentações... ela ainda não
destina verba pra gente que produz no município... ela destina para compra
de fitoterápicos industrializados[...] (Acácia).

[...] É uma luta grande para o programa, agora é que vem tomando rumo
nacional, se institui e joga para o município... então é mais uma coisa para
o município, não é fácil o financiamento ser extremamente municipal [...]
(Celidônia).

Cabe destacar que a capacidade de geração de receitas dos municípios por vezes não é satisfatória para a manutenção adequada dos serviços de saúde. Assim, os incentivos federais e estaduais, em destaque para o financiamento, são de fundamental importância. Autores apontam que os municípios são os protagonistas na gestão dos serviços e estabelecimentos de saúde (FLEURY et al, 2010).

O serviço prestado pelo programa de fitoterapia caminha a passos muito lentos. Em 2010, o Ministério da Saúde (MS) regulamenta as atividades dos fitoterápicos em oficinas estruturadas nos municípios (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014), a partir da criação da Farmácia Viva, mas ainda sem garantia de financiamento para tal. A partir desta, o LAFIAMP passou a se chamar Farmácia Viva Alípio Magalhães Porto (FAVIAMP), e passou a ter registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para regulamentação do serviço de Fitoterapia local.

Mesmo com mais uma regulamentação nacional, não modificou a rotina/atividades do Programa, a não ser a mudança de nome. As suas atividades permaneceram comprometidas perante as dificuldades evidenciadas. Com vistas na produção, mesmo tendo aumentado de 1.359 unidades de produtos tradicionais fitoterápicos, em 1998, para 6.726 unidades em 2010, ainda não consegue atender e modificar a situação de saúde local, tampouco atingir as metas propostas em documentos de gestão, que é de 55.628 unidades. Meta muito distante da realidade vivenciada.

• O programa de fitoterapia e a cadeia produtiva local

Em 2012, o MS apresenta iniciativas para as ações de fitoterapia no SUS com o estímulo e o desenvolvimento da cadeia produtiva local, regulamentada pela Portaria nº 13 dos Arranjos Produtivos Locais (APLs) (BRASIL, 2012b). Por meio desta, foram habilitados inicialmente doze (12) municípios selecionados pelo Edital SCTIE nº 1, de 26 de abril de 2012, a receberem recursos para estruturação, consolidação e fortalecimento de Arranjos Produtivos Locais (APLs), no âmbito do SUS, conforme estabelecem a PNPIC e a PNPMF (FIGUEREDO, 2011; BRASIL, 2012b). Dentre os municípios habilitados está Brejo da

de R\$ 677.173,60 (seiscientos e setenta e sete mil cento e setenta e três reais e sessenta centavos), para ser utilizado na estruturação da fitoterapia no SUS. O incentivo proposto por meio do apoio às APLs no município em estudo ainda não possibilitou mudanças efetivas, uma vez que não se conseguiu colocá-lo em prática.

[...] O terreno... era próximo a esgotos... não pode ter contaminação... não pode ser muito perto de estradas... não era próprio para o plantio... precisa ter água... ser de fácil acesso... por causa do terreno a gente não começou a APL [...] (Acácia)

Observou-se que o terreno posto no projeto apresentava-se em desacordo com o referido Edital. Dessa forma, em 2013 o município precisou solicitar ao Ministério da Saúde uma primeira prorrogação da execução e o uso do recurso do projeto até o mês de junho do ano de dois mil e catorze (06/2014) e uma segunda prorrogação até o mês de julho do ano de dois mil e quinze (07/2015). **(Anexo?)**. A ausência de monitoramento e apoio técnico as iniciativas federais, tais como a APLs é uma lacuna a ser revista pelos financiadores, pois a maioria dos editais não preveem esta contratação e os municípios muitas vezes não dispõem de corpo técnico suficiente como foi o caso do município em estudo.

• A descontinuidade das ações

O município vivencia crises políticas, agravadas nos anos de 2012 e 2013, em decorrência de três mudanças de gestores locais, elemento que interfere na efetivação do programa. Há constantes disputas de decisões políticas na defesa de interesses que lhes sejam significativos, e em se tratando da construção das configurações de saúde, tais decisões parecem estar longe de expressar desejos e necessidades de uma comunidade.

Ainda como elemento de interferência política partidária para sua efetivação, nesse mesmo período, o programa precisou mais uma vez fazer mudança de sede. As mudanças acarretaram diversos transtornos devido às exigências mínimas que o estabelecimento de manipulação de produtos tradicionais fitoterápicos necessita para seu funcionamento, de acordo com as normas de boas práticas vigentes para o exercício das atividades de preparação de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas, visando à garantia de sua qualidade, segurança, efetividade e promoção do seu uso seguro e racional (BRASIL, 2012b).

Contudo, o conjunto de fatores descritos contribuíram para impossibilitar a continuidade da produção, ficando o município sem abastecimento e por sua vez, os usuários sem esse tipo de terapêutica para o tratamento da saúde.

[..]Tivemos dois prefeitos em um ano... no mesmo governo já tiveram três secretários de saúde, ...atrapalha muito sempre que se recomeça quando

...continuidade... um prefeito aluga uma casa, não tinha nem terminado, porque tem toda uma adaptação que o Laboratório exige para que se possa produzir, aí já se trocou de prefeito e consequentemente se trocou de casa novamente e está sem produzir [...]. (Celidônia).

A descontinuidade das ações é um traço típico na condução de políticas públicas no nosso país, uma vez que inúmeros programas e políticas governamentais estão embasados mais na figura de um governante do que em um planejamento intergovernamental e sofrem interrupções quando acabam os mandatos daqueles que a iniciaram (SOBRINHO; HELAL, 2014).

As disputas políticas e as relações das forças de poder deixam suas marcas nos programas e projetos desenvolvidos e implementados (FREY, 2000). Traduzem ainda propósitos e plataformas eleitorais que geralmente circunscrevem preferências, ideias e interesses próprios, porém é necessário considerar consequências e resultados prováveis (SOUZA, 2006).

- **O programa de fitoterapia na assistência à saúde**

Outro aspecto relevante é a não disponibilidade de dados, por parte do programa de fitoterapia, relacionados ao controle de produção, de dispensação, de custo dos produtos, da demanda necessária para cada Unidade de Saúde. Não há sistema de controle manual tampouco informatizado. Em relação ao custo, a inexistência de controle nesse sentido acarreta na falta de credibilidade gestora ao programa e na impossibilidade de avaliar os investimentos dos recursos e os benefícios trazidos à saúde.

O desconhecimento ou o conhecimento deturpado pode acarretar o fracasso do tratamento, criando um comportamento de recusa a usar as plantas medicinais em determinadas situações de adoecimento (FIGUEREDO, GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014). Na mesma direção, não foram evidenciadas atividades de educação em saúde com a fitoterapia, o que interferiu diretamente na prática dos profissionais em relação à prescrição e orientação dos produtos.

[...] não tem nenhuma atividade de educação feita pelo Programa... deveria ter.... era o ideal... como não conheço bem... então não faço ação com eles... só prescrevo alguns xaropes... porque os demais não conheço... vejo só pela lista mesmo que tem aqui na unidade [...](Dendron).

De modo geral, percebe-se um desconhecimento entre os profissionais de saúde quanto às possibilidades terapêuticas (BRUNIIN, 2012). Para tanto, a educação permanente em saúde possibilita reflexão crítica sobre as práticas de serviço dos profissionais de saúde, tornando-os mais envolvidos, participativos, aumentando as oportunidades de aprendizagem, assim como mudanças nas relações, nos processos, na saúde e nos indivíduos. (SALAZAR, 2009).

), não há controle em relação ao uso da fitoterapia por parte das Unidades de Saúde, pois não foram encontrados registros em prontuários da prescrição dos produtos tradicionais fitoterápicos, ó...*não tem no prontuário pois é indicado de forma aleatória...* (Heliconia), bem como das solicitações e demandas distribuídas aos usuários assistidos. Assim, a possibilidade de se fazer uma avaliação terapêutica torna-se impraticável, uma vez que não se têm registros de uso e acompanhamento.

Diante do contexto descrito, em especial no que se refere a interrupção da dispensação dos produtos tradicionais fitoterápicos, o que compromete a continuidade e as possibilidades terapêuticas para o tratamento de saúde dos usuários assistidos, torna-se complexo mensurar benefícios obtidos. Evidenciou-se relatos pontuais em relação aos benefícios dos produtos e consequentemente do Programa.

[...] eu tomo mulungu pra ansiedade, stress... sou usuária a quatro anos... mudou muito, as coisa que eu tinha, eu não tenho mais... dormir bem... acredito que melhorou até o problema de gastrite que eu tinha... melhorei muito... mais agora não tem mais [...] (Guaco).

[...] eu utilizo mais de uma, o mulungu ,o falso boldo xarope e os xaropes pra tosse... o resultado que eu vejo é de imediato... o mulungu pra dormir não tem melhor, não tem diazepam nem qualquer outro remédio melhor que seja igual a ele porque ele não é droga e deixa a gente bem relaxada e é um sono bem tranquilo... o falso boldo que serve pra digestão curou minha ressaca, digo por experiência própria que já usei muitas vezes... e os xaropes pra tosse, eu que sou uma ex-fumante, fiquei boa com o xarope de angico... só que tá tudo em falta né [...] (Hibisco).

[...] Já usei na minha filha, levei ela pro hospital com muito catarro e a médica indicou xarope de cumaru, eu dei a ela e ajudou muito, ela botou tudo fora e ficou boa, eu já tinha usado vários remédios e não deu resultado e o xarope realmente funcionou e rápido... tá faltando no posto [...] (Bétula).

Apesar das evidências mostrarem resultados benefícios para os produtos fitoterápicos tradicionais, não foi possível avaliar evidências significativas em relação ao programa de fitoterapia e os benefícios trazidos à saúde da comunidade local.

O programa de fitoterapia ao longo dos seus 18 anos apresentou vários percalços e demonstra não conseguir se manter. Isso se deu por diversos motivos, como: a falta de um projeto-piloto que orientasse sua proposta e funcionamento, a falta de institucionalização do programa como uma política pública municipal, a falta de financiamento específico e perene, as descontinuidades das ações, as disputas políticas, a falta de atividades de educação permanente.

Os benefícios que poderiam ser alcançados para a população também foram pontuais diante da proposta, o que torna a fitoterapia, neste caso, frágil na perspectiva de uma possibilidade terapêutica para o Município.

Apesar do interesse da comunidade e do papel do técnico específico que buscou desenvolver várias ações para sustentabilidade do programa tais como o financiamento por meio de recursos externos, como o Edital da APLS, a ausência de maior apoio da gestão local, o não acompanhamento técnico dos financiadores foi basilar para a descontinuidade das ações.

Contudo, a superação das dificuldades apontadas é possível, a partir de mudanças políticas e estruturais, com condutas mais entusiásticas e comprometidas com a fitoterapia, de modo a planejar e a direcionar ações que viabilizem operacionalizá-la com êxito.

ARAÚJO, E. C. **Práticas integrativas e complementares em saúde: uso de plantas medicinais no processo de cicatrização de feridas.** In: MALAGUTTI W, KAKIHARA CT, (org.). Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari; 2010.

ANTONIO, G; TESSER, C; MORETTI-PIRES, R. **Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária.** Interface, Botucatu, vol. 7, n. 46, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 971. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Presidência da República. Decreto no. 5813, de 22 de junho de 2006. **Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências.** DOU. Poder Executivo, Brasília, DF, 23 jun. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 886, 20 de maio de 2010. **Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Relatório de Gestão: 2006/2010. Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Cadernos de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 31** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital nº. 1, de 26 de abril de 2012. **Seleção de propostas de arranjos produtivos locais no âmbito do SUS, conforme a Política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 abril 2012b. Seção 3, p. 145, 2012b.

BRUNING, M. C. R; MOSEGUI, G. B. G; VIANNA, C. M. M. A. **Utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu - Paraná: a visão dos profissionais de saúde.** Ciências e saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 17, n.10, 2012.

D; GUEGEL, G. D. J. **A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. construção, perspectivas e desafios.** Rev. Physis, Rio de Janeiro, 24 [2]: 381-400, 2014.

FIGUEREDO, C.A. **Fitoterapia** (texto didático). João Pessoa: Núcleo de Estudo e Pesquisas Homeopáticas e Fitoterápicas, 2011.

FLEURY, S; OUVERNEY, A. M; KROBEMBERGER, T. S; ZANIF, B. **Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil.** Rev. Panam. Salud Publ. 2010.

FREY, K. **Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas.** Planejamento e políticas públicas, v.21, p.211-259, 2000.

GIRÃO, M; RODRIGUES, A. G. **Diagnóstico situacional de programas estaduais e municipais de fitoterapia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

IBGE ã Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Pernambuco. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=260260&idtema=97&search=pernambuco%7Cbrejo-da-madre-de-deus%7Ccenso-demografico-2010:-resultados-da-amostra-migracao>> Acesso em: 10 Outubro, 2014.

MACIEL, M. A. M.; PINTO, A. A; VEIGA, V. F. J. **Plantas Medicinais: A necessidade de estudos multidisciplinares.** Química nova, v.25, n.03, p. 429-438, 2002.

NAVARRETE, M. L. V.; SILVA, M. R. **Análise dos dados qualitativos.** IN: NAVARRETE, M. L. V. et al. Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicada à saúde. Recife: IMIP, p. 97-110, 2009.

OLIVEIRA S. R. A; POTVIN L; MEDINA M. G. **Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 107, P. 1149-1161, 2015.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2014-2023.** Genebra, 2013.

PLUYE, P. et al. **Program sustainability: focus on organizational routines.** Health Promotion International, v.19, n. 4, p. 489-498, 2004.

RODRIGUES, A. G.; SIMONI, C. **Plantas medicinais no contexto de políticas públicas.** Informe Agropecuário, Belo Horizonte, v. 31, n. 255, p. 7-12, 2010.

promoción de la salud Y salud pública: reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio. Santiago de Cali: Univalle, 2009.

SALLES, L.F; KUREBAYASHI. L. F. S; SILVA, M. J. P. **As práticas complementares e a enfermagem.** In: SALLES LF, SILVA MJP organizadoras. Enfermagem e as práticas complementares em saúde. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 1-17p, 2011.

SCHEIRER, M. A. **Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program sustainability.** American Journal of Evaluation, v.26, p.320-47, 2005.

SCHEIRER, M. A.; DEARING, J. W. **An Agenda for Research on the Sustainability of Public Health Programs.** American Journal of Public Health, vol. 101, no. 11, 2011.

SCHIOCHET, V. **Institucionalização das políticas públicas de economia solidária: breve trajetória e desafios.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Mercado de trabalho: conjuntura e análise (BMT): n.40, ago. 2009.

SÍCOLI, J. L; NASCIMENTO, P. R. **Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização.** Interface, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-22, 2003.

SOBRINHO, J. M; HELAL, D. H. **A Implementação de Políticas Públicas voltadas ao Artesanato: Análise do Programa de Artesanato da Paraíba.** XXXVIII Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro, 2014.

SOUZA, C. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura.** Sociologias, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p 20-45, 2006.

TREVISAN, L. F. A; MELO M.A; PEREIRA, A. V; LIMA, E. Q; RODRIGUES, O. G; PEREIRA, M. S. V; ALBUQUERQUE. A.C.L. **Tratamento fitoterápico experimental em ovino acometido por urolitíase obstrutiva.** Agropecuária Técnica (UFPPB), vol. 30, p. 96-101, 2009.

VIACAVA, F; ALMEIDA, C; CAETANO, R; FAUSTO, M; MASINKO, J; MARTINS, M; et al. **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro.** Ciênc. Saúde Coletiva, 9:711-24, 2004.

WORLD BANK. **Influential evaluations: evaluations that improved performance and impacts of development programs.** Washington DC: World Bank; 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa evidenciou a situação do programa de fitoterapia implementado no município de Brejo da Madre de Deus - PE e permitiu identificar as dificuldades e os desafios enfrentados para sua sustentabilidade no Sistema Único de Saúde.

As atividades com a fitoterapia no SUS ainda encontram muitas dificuldades e desafios a serem superados, o que a torna frágil na perspectiva de uma possibilidade terapêutica. Apesar das diversas regulamentações nacionais e iniciativas propostas, observa-se contrassenso para assegurar as atividades da fitoterapia no SUS, uma vez que estas não garantem financiamento específico e perene.

Inseridos numa realidade que se intensifica a escassez de recursos para a saúde, refletir sobre financiamento é um grande desafio, porém não podemos perder de vista o alcance que essa possibilidade terapêutica poderá trazer para novas conformações em saúde.

Ainda que alguns avanços sejam reconhecidos, algumas evidências apresentadas apontam um contexto ainda incerto pela falta de credibilidade gestora da fitoterapia, a inadequada implementação dos programas municipais. Repensar e definir o papel estratégico dos gestores com base na credibilidade e comprometimento dados à fitoterapia torna-se fundamental e imprescindível. Sem a sinalização do apoio político congruente as atividades com a fitoterapia tornam-se complexas de serem executadas.

Na abordagem aos profissionais de saúde, percebe-se a falta de qualificação tanto no contexto da prescrição quanto na capacitação e educação permanente. Na visão destes acerca da inserção da fitoterapia no SUS, um sistema organizacional mais efetivo, um apoio político mais comprometido e uma maior capacitação em relação ao uso dos fitoterápicos se fazem necessários, pois entendem que o conhecimento é insuficiente, o que compromete a prescrição e adesão terapêutica. Observou-se também o pesar pela falta de produtos tradicionais fitoterápicos na rede.

O programa ainda não apresentou um projeto com objetivos e metas que embasasse sua institucionalização na política pública municipal, o que dificulta sua consolidação. Além do que ainda se apresenta aquém do desejado, influenciado por questões políticas e estruturais que dificultam suas ações, de forma que os cuidados em saúde não se cumprem de modo eficaz.

Contudo, a superação das dificuldades apontadas é possível, a partir de mudanças políticas e estruturais, com condutas mais entusiásticas e comprometidas com o Programa, de modo a planejar e a direcionar ações que viabilizem operacionalizá-lo com êxito.

sa contribuir, a partir do conhecimento gerado, para o processo de decisão nas futuras intervenções, na perspectiva de promover avanços e/ou reorganizações das ações para gerar melhores condições de vida e de atenção à saúde. Açõesque atendam às necessidades e interesses coletivos, capazes de reorganizar o contexto social, a partir da construção de uma rede, que incorpore práticas de compromissos e responsabilidades que garantam melhoria à saúde.

ALVIM, N. A. T; FERREIRA, M. A; CABRAL, I. C; FILHO A. J. A. **O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira.** Rev. Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14(3), 2006.

ANTONIO, G; TESSER, C; MORETTI-PIRES, R. **Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária.** Interface, Botucatu, vol. 7, n. 46, 2013.

ARAÚJO, E. C. **Práticas integrativas e complementares em saúde: uso de plantas medicinais no processo de cicatrização de feridas.** In: MALAGUTTI W, KAKIHARA CT, (org.). Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari; 2010.

ARRETCHE, M. **Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-9, fev. 2003.

BEERY, W. L; SENTER, S; CHEADLE, A; GREENWALD, H. P; PEARSON, D; BROSSEAU, R. et al. **Evaluating the legacy of community health initiatives: A conceptual framework and example from the California Wellness Foundation's Health Improvement Initiative.** American Journal of Evaluation, 26, 150-165, 2005

BORGES, M. S; PINHO, D.L.M; SANTOS, S.M. **As representações sociais das parteiras tradicionais e o seu modo de cuidar.** Cad. CEDES, Campinas, v.29, n.79, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 971. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Presidência da República. Decreto no. 5813, de 22 de junho de 2006. Aprova a **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências.** DOU. Poder Executivo, Brasília, DF, 23 jun. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Resolução nº 886, 20 de maio de 2010. **Institui a Farmácia
viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Relatório de Gestão: 2006/2010. Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. **Cadernos de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital nº. 1, de 26 de abril de 2012. **Seleção de propostas de arranjos produtivos locais no âmbito do SUS, conforme a Política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 abril 2012b. Seção 3, p. 145, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRUNING, M. C. R; MOSEGUI, G. B. G; VIANNA, C. M. M. A. **Utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu - Paraná: a visão dos profissionais de saúde**. Ciências e saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 17, n.10, 2012.

CALIXTO, J. B. **Twenty-five years of research on medicinal plants in Latin America. A personal view**. Journal of Ethnopharmacology, v.100, p. 131-134, 2005.

CASAGRANDE, R A; KUBO. R; RITTER, M. R. **óGosto muito do mato, o mato faz bem para a nossa saúdeô: universos terapêuticos e plantas medicinais no Morro da Cruz, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, contribuições para a etnobotânica em ambiência urbana**. Cadernos de Agroecologia ã ISSN 2236-7934 ã Vol. 8, No. 2, Nov. 2013.

CASTIEL, L. D. **Utopia/atopia - Alma Ata, saúde pública e o óCazaquistãoô**. Inter. Interdisc. Inter thesis, Florianópolis, v.9, n.2, p. 62-83, Jul./Dez. 2012.

CONDEPE. **Bacia Hidrográfica do Rio Capibaribe: Série bacias Hidrográficas de Pernambuco**. Governo do Estado de Pernambuco, Secretaria de Planejamento, Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco, 2005.

ELDIN, S.; DUNFORD, A. **A Fitoterapia na atenção primaria à saúde**. Editora Malone Ltda. São Paulo: 162 p, 2001.

o cuidar em Saúde Pública. São Paulo: Yendis, 2005.

FIGUEREDO, C. A. **Fitoterapia**. João Pessoa: NEPHF, 2007.

FIGUEREDO, C. A; GUGEL, I. G. D; GUEGEL, G. D. J. **A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios**. Rev. Physis, Rio de Janeiro, 24 [2]: 381-400, 2014.

FIGUEREDO, C.A. **Fitoterapia** (texto didático). João Pessoa: Núcleo de Estudo e Pesquisas Homeopáticas e Fitoterápicas, 2011.

FLEURY, S; OUVERNEY, A. M; KROBEMBERGER, T. S; ZANIF, B. **Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil**. Rev. Panam. Salud Publ. 2010.

Franco de Sá, R; Freire, M. S. M; Yamamoto, S; Salles, R. P. S. **Caderno de Formação de Promotores de Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde**. Editora Universitária- Universidade Federal de Pernambuco, 2007.

FREY, K. **Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas**. Planejamento e políticas públicas, v.21, p.211-259, 2000.

GIRÃO, M; RODRIGUES, A. G. **Diagnóstico situacional de programas estaduais e municipais de fitoterapia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

IBGE ñ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Pernambuco. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=260260&idtema=97&search=pernambuco%7Cbrejo-da-madre-de-deus%7Ccenso-demografico-2010:-resultados-da-amostra-migração>> Acesso em: 10 Outubro, 2014.

IBGE ñ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Pernambuco. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?codmun=260260>> Acesso em: 10 Outubro, 2014.

LABONTÉ, R et al. **Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial**. Dossier. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 8 (16): 14-29, 2009.

LEITE, S. N. L. **Além da medicação: a contribuição da fitoterapia para o serviço público**. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) ñ Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

, C; ALMASSY, A. A. JR; CASAIL, V. W. D. **Folhas de**
Cia. Viçosa. UFV, 2003.

LORENZI, H; MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas.** São Paulo: Instituto Plantarum, 512 p, 2002.

LUZ, M. T. **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX.** Physis, vol.7 n.1 Rio de Janeiro, 1997.

MACIEL, M. A. M.; PINTO, A. A; VEIGA, V. F. J. **Plantas Medicinais: A necessidade de estudos multidisciplinares.** Química nova, v.25, n.03, p. 429-438, 2002.

MACIEL, M. A. M.; PINTO, A. A; VEIGA, V. F. J. **Plantas Medicinais: A necessidade de estudos multidisciplinares.** Química nova, v.25, n.03, p. 429-438, 2002.

MALTA, D. C.; MERRY, E. E. **A micropolítica do processo de trabalho em saúde ã Revendo alguns conceitos.** Revista Mineira de Enfermagem, Belo horizonte, v. 7, n. 1, Jan. 2003.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos.** In: BOSI, M. L. M., MERCADO, F. J. (Org.). Avaliação qualitativa de programas de saúde: Enfoque emergente. Petrópolis: Vozes, p. 163-190, 2006.

NAVARRETE, M. L. V.; SILVA, M. R. **Análise dos dados qualitativos.** IN: NAVARRETE, M. L. V. et al. Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicada à saúde. Recife: IMIP, p. 97-110, 2009.

OLIVEIRA S. R. A; POTVIN L; MEDINA M. G. **Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 107, P. 1149-1161, 2015.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2014-2023.** Genebra, 2013.

OPAS/ BRASIL, Ministério da Saúde / FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartade Ottawa.** Brasília: Ministério da Saúde/ IEC, 1992.

N, R; STARKS, M. T. A. **A discussion of chain referral as a method of sampling hard-to-reach population.** Journal of Transcultural nursing, vol. 4, nº 2, 100-107p, 2003.

PEREIRA, A. M. M; CASTRO, A. L. B; OVIEDO, R. A. M; BARBOSA, L. G; GERASSI, C. D.; GIOVANELLA, L. **Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências.** Saúde e Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, 2012.

PEREIRA, I. C; OLIVEIRA, M. A. C. **Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário.** São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 109 p, 2014.

PERNAMBUCO. **Plano hidro ambiental da bacia hidrográfica do rio Capibaribe: Tomo I - diagnóstico hidro ambiental volume 03/03 / Projetos Técnicos.** Recife, 2010.

PERNAMBUCO. Indicadores COAP. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. Diretoria Geral de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal. Macrorregião 2 ã Agreste (Regiões de Saúde IV e V),** 2013.

PINHEIRO, R; LUZ, M. T. **Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade.** In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde. 1. ed. Rio de Janeiro, v. 1, p. 5-36, 2003.

PLUYE, P. et al. **Program sustainability: focus on organizational routines.** Health Promotion International, v.19, n. 4, p. 489-498, 2004.

RANGEL, M; BRAGANÇA, F. C. R. **Representações de gestantes sobre o uso de plantas medicinais.** Rev. Bras. Pl. Med., Botucatu, v. 11(1), 2009.

RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; AMARAL, A. C. F. **Políticas Públicas em Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. P. 148, 2006.

RODRIGUES, A. G.; SIMONI, C. **Plantas medicinais no contexto de políticas públicas.** Informe Agropecuário, Belo Horizonte, v. 31, n. 255, p. 7-12, 2010.

SALAZAR, L. de. **Efectividad en promoción de la salud Y salud pública: reflexiones sobre la práctica em América Latina y propuestas de cambio.** Santiago de Cali: Univalle, 2009.

F. S; SILVA, M. J. P. **As práticas complementares e a enfermagem.** III. SALLES LF, SILVA MJP organizadoras. Enfermagem e as práticas complementares em saúde. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 1-17p, 2011.

SCHEIRER, M. A. **Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program sustainability.** American Journal of Evaluation, v.26, p.320-47, 2005.

SCHEIRER, M. A.; DEARING, J. W. **An Agenda for Research on the Sustainability of Public Health Programs.** American Journal of Public Health, vol. 101, no. 11, 2011.

SCHIOCHET, V. **Institucionalização das políticas públicas de economia solidária: breve trajetória e desafios.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Mercado de trabalho: conjuntura e análise (BMT): n.40, ago. 2009.

SÍCOLI, J. L; NASCIMENTO, P. R. **Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização.** Interface, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-22, 2003.

SOBRINHO, J. M; HELAL, D. H. **A Implementação de Políticas Públicas voltadas ao Artesanato:** Análise do Programa de Artesanato da Paraíba. XXXVIII Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro, 2014.

SOUZA, A, F; LUZ, M. T. **Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas.** Rev. Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2009.

SOUZA, C. **óEstado do campo da pesquisa em políticas públicas no Brasil.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 15-20, fev. 2003.

SOUZA, C. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura.** Sociologias, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p 20-45, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Ministério da Saúde, 725 p, 2002.

SUZUKI, S. F. **O Mercado de medicamentos fitoterápicos no Brasil. In: Fitoterapia Racional: um guia de fitoterapia para as ciências da saúde.** 1. ed. Barueri: Editora Manole, 2002.

TREVISAN, L. F. A; MELO M.A; PEREIRA, A. V; LIMA, E. Q; RODRIGUES, O. G; PEREIRA, M. S. V; ALBUQUERQUE. A.C.L. **Tratamento fitoterápico experimental em ovino acometido por urolitíase obstrutiva.** Agropecuária Técnica (UFPA), vol. 30, p. 96-101, 2009.

monografias sobre plantas medicinais. Rev. Bras. Farma.
jul./set, 18(3).404-471, 2000.

VIACAVA, F; ALMEIDA, C; CAETANO, R; FAUSTO, M; MASINKO, J; MARTINS, M;
et al. **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro.**
Ciênc. Saúde Coletiva, 9:711-24, 2004.

VIVEIROS, A. V; GOULART, P. F; ALVIM, A. T. **A influência dos meios sociocultural e
científicos no uso de plantas medicinais por estudantes universitários da área da saúde.**
Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 8, p. 62-70, 2004.

WORLD BANK. **Influential evaluations: evaluations that improved performance and
impacts of development programs.** Washington DC: World Bank; 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

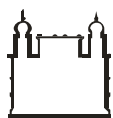
APÊNDICES

Apêndice A

Questões norteadoras das entrevistas, para cumprimento dos objetivos do estudo

ENTREVISTAS	QUESTÕES NORTEADORAS
Entrevista para Atores-chave	1 ã Como se deu o processo de implantação do programa de plantas medicinais e fitoterapia; 2 ã A participação do ator-chave nesse processo; 3 ã Se houve mobilização e capacitação popular; 4 ã Sobre parcerias e financiamento do Programa; 5 ã Dificuldades encontradas no processo; 6 ã Se houve mudanças após a aprovação da PNPIC e PNPMF; 7 ã Sobre o acesso, utilização dispensação e prescrição dos remédios tradicionais no município; 8 ã Sobre a educação permanente em relação aos remédios tradicionais; 9 ã A que se atribui a sustentabilidade do programa até os dias atuais.
Entrevista para profissionais de saúde	1 ã O olhar (opinião) sobre o serviço de as plantas medicinais e fitoterapia nas unidades de saúde; 2 ã O que o leva a buscar o uso de plantas medicinais e fitoterapia; 3 ã O que motiva a continuar utilizando a terapia com plantas; 4 ã De que forma é feita a solicitação, a prescrição e distribuição dos remédios produzidos pelo programa; 5 ã Sobre a educação permanente em relação aos medicamentos fitoterápicos tradicionais; 6 ã O uso dos remédios tradicionais, por meio do programa de plantas medicinais e fitoterapia, contribui para modificar a qualidade de vida dos usuários (pacientes)? Exemplo? 7 ã Evidências com os usuários; 8 ã A que se atribui a sustentabilidade do programa até os dias atuais.
Entrevista para usuários	1 ã Se utiliza a medicação fitoterápica tradicional; 2 ã O olhar (opinião) sobre o serviço de as plantas medicinais e fitoterapia nas unidades de saúde; 3 ã Como ficou sabendo da existência dessas medicações fitoterápicas tradicionais; 4 ã Quais medicações fitoterápicas tradicionais que utiliza; 5 ã Se está satisfeito com a medicação fitoterápica tradicional; 6 ã O que mudou em com o uso desta; 7 ã Se tem acesso sempre que necessita; 8 ã Quem prescreve e de que forma é prescrita.

Apêndice B



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS DO SERVIÇO DE PLANTAS MEDICINAIS

PESQUISA: Avaliação dos Serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS no Brasil e a efetividade dos serviços de plantas medicinais e da Medicina Tradicionais Chinesa/práticas corporais para doenças crônicas em estudos de caso no Nordeste

ESTUDO DE CASO: Avaliação da efetividade do serviço de plantas medicinais para doenças crônicas em estudo de caso em um município no Nordeste.

Prezado (a) Senhor (a),

Estamos convidando-o (a) para participar da pesquisa que pretende avaliar os efeitos do serviço de plantas medicinais para algumas doenças que são duradouras. Acreditamos que essa pesquisa é importante porque precisamos saber um pouco mais sobre quem usa este serviço e se isto tem efeitos sobre a saúde.

O (a) Senhor (a) não é obrigado a participar desta pesquisa e tem a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação, sem penalização nenhuma e sem prejuízo a sua saúde ou bem estar ou ao seu atendimento neste serviço.

Neste estudo estamos convidando pessoas que vem utilizando o serviço de plantas medicinais há mais de seis meses de forma contínua. A sua participação consiste em participar de uma entrevista, com perguntas sobre como você chegou ao serviço de plantas medicinais, porque e para que você utiliza o serviço, e quais os efeitos você tem observado na sua vida após sua utilização e sua satisfação com o mesmo. O(a) Senhor(a) não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

A sua participação na pesquisa poderá causar riscos, como quebra de sigilo de informações e constrangimento nas abordagens. Para minimizar esses riscos, os dados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo pelos pesquisadores, assegurando ao participante a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa; os resultados poderão ser divulgados em publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

Se o (a) Senhor (a) concordar em participar, pedimos que assine este papel em duas vias, dizendo que entendeu as explicações e que está concordando. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Em caso de dúvidas, o (a) Senhor (a) poderá procurar a pesquisadora: Islândia Maria Carvalho de Sousa. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães ã FIOCRUZ-PE. AV. Prof. Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE.

E-mail: islandia@cpqam.fiocruz.

AUTORIZAÇÃO:

Eu, _____, residente e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no CPF _____ nascido (a) em ____/____/____, abaixo assinado, declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Desta forma concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) do estudo acima descrito.

_____, _____ de _____ de _____

 **PDF**
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

 **FIOCRUZ**
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Assinatura do participante: _____

Testemunha 1: _____
(Nome / RG / Telefone)

Testemunha 2: _____
(Nome / RG / Telefone)

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Nome do Responsável pela Pesquisa: _____

Assinatura Pesquisador Responsável: _____

Dados dos pesquisadores:

Profa. Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa

Pesquisadora Adjunta- Departamento de Saúde Coletiva- Fundação Oswaldo Cruz-PE

Endereço: Campus da UFPE. Cidade Universitária. Recife/PE. CEP. 50670-420.

Telefone: 81 21012525 Fax. 81 21012614 Site: www.cpqam.fiocruz.br

Dados do CEP responsável pela autorização da pesquisa:

Valéria Rodrigues (assessora executiva)

Endereço: Campus da UFPE. Cidade Universitária. Recife/PE. CEP. 50670-420.

Telefone/fax: 55 81 2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

ANEXOS

AnexoA

Plano Municipal de Saúde 2010 a 2013 para fins de identificar ações com a Fitoterapia.

AÇÕES PROGRAMADAS PARA FITOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE	METAS/ANO			
	2010	2011	2012	2013
Ampliar ou construir novas instalações do Centro de Manipulação de Plantas Medicinais, para que se adequem às exigências da ANVISA.	Ampliação e construção.			
Ampliar a quantidade dos remédios fitoterápicos semi-artesanal destinados às USF, Hospital, Farmácia Básica, Policlínica, Postos de Saúde, para serem utilizados na atenção primária à saúde, como determina a OMS (Organização Mundial de Saúde).	Produção total de 55.688 produtos.	55.688 produtos.	55.688 produtos.	55.688 produtos.
Adquirir novos equipamentos, vidrarias, matéria prima, material de limpeza, papelaria e médico hospitalar.	100% de insumos necessários ao funcionamento	100% de insumos necessários ao funcionamento	100% de insumos necessários ao funcionamento	100% de insumos necessários ao funcionamento
Contratar e capacitar novos profissionais para auxiliar na manipulação e serviços gerais.		Dois servidores		

Anexo B

Relatório Anual de Gestão ão 2011

Estrutura física, manutenção e RH da Fitoterapia				
Diretriz	Meta	Resultado	Dificuldades observadas	Recomendações
Ampliar ou construir novas instalações do Centro de Manipulação de Plantas Medicinais, para que se adequem às exigências da ANVISA.	Ampliação e construção.	Não Alcançado	Mudança de local	Conclusão do projeto de readequação do centro de manipulação de fitoterápicos
Ampliar a quantidade dos remédios fitoterápicos semi-artesanais destinados às USF, Hospital, Farmácia Básica, Policlínica, Postos de Saúde, para serem utilizados na atenção primária à saúde, como determina a OMS (Organização Mundial de Saúde).	55.688 produtos	Parcialmente alcançado	Déficit de Infra estrutura	Readequação da farmácia e centro de manipulação de fitoterápicos
Adquirir novos equipamentos, vidrarias, matéria prima, material de limpeza, papelaria e material médico hospitalar.	100% de insumos necessários ao funcionamento	Alcançado	-	-
Contratar e capacitar novos profissionais para auxiliar na manipulação e serviços gerais.	02 servidores	Não alcançado	Limitação do % de gastos com pessoal	-
Inserir a prática de uso de plantas medicinais nas escolas do município	50 % das escolas da rede municipal	Não Alcançado	-	Articular ação com o PSE
Capacitar médicos e pessoas ligadas à saúde, quanto ao uso correto de plantas medicinais e remédios fitoterápicos	02 capacitações ano	Não alcançado	Grande rotatividade de profissionais	Articular ação com os profissionais da AB
Garantir recursos financeiros para a manutenção do programa de fitoterapia no município.	Recursos alocados para suprir 100% das necessidades	Alcançado	Dificuldade de apoio por parte da Secretária Estadual e Ministério	Implementar a PNPIC no município

Anexo C

Relatório Anual de Gestão - ano 2013

Ações programadas	Meta proposta	Resultado	Dificuldades encontrada na execução da meta	Recomendações
Estrutura física, manutenção e RH da Fitoterapia				
Ampliar ou construir novas instalações do Centro de Manipulação de Plantas Medicinais, para que se adequem às exigências da ANVISA.		Não Alcançado	Mudança de gestão	
Ampliar a quantidade dos remédios fitoterápicos semi-artesanais destinados às USF, Hospital, Farmácia Básica, Policlínica, Postos de Saúde, para serem utilizados na atenção primária à saúde, como determina a OMS (Organização Mundial de Saúde).	55.688 produtos	Meta não alcançada	O laboratório não oferece condições para ampliar a linha de produção	
Adquirir novos equipamentos, vidrarias, matéria prima, material de limpeza, papelaria e médico hospitalar.	100% de insumos necessários ao funcionamento	Meta não alcançada, porém projeto aprovado execução em 2014		
Contratar e capacitar novos profissionais para auxiliar na manipulação e serviços gerais.		Não alcançado		
Inserir a prática de uso de plantas medicinais nas escolas do município	100 % da escolas da rede municipal	Não Alcançado		
Capacitar médicos e pessoas ligadas à saúde, quanto ao uso correto de plantas medicinais e remédios fitoterápicos	02 capacitações ano	Não alcançado	Alta rotatividade de Médicos no PSF	Articular ação com os profissionais da AB
Promover o cultivo das plantas medicinais em hortas e nas áreas com poucas árvores medicinais	Horta implantada	Meta não alcançada		
Garantir recursos financeiros para a manutenção do programa de fitoterapia no município.	Recursos alocados para suprir 100% das necessidades	Meta não alcançada		

Anexo D

Atas do Conselho Municipal de Saúde nos anos de 1991 a 2006 e de 2010 a 2014 para fins de identificar ações com a Fitoterapia (Em palavras exatas).



[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

DESCRIÇÃO DO DOCUMENTO

04/12/1991	óColocou-se a proposta para introduzir um programa de Fitoterapia em conjunto com a EMATER/PE, com a introdução de hortas medicinais, laboratório para fabrico de medicamentos e cursos sobre manuseios de plantas medicinaisô.
08/01/1992	óPropôs a implementação de Um programa de Fitoterapia: 3(três) hortas medicinais e um Laboratório na sede do municípioô.
12/03/1992	óA representante da EMATER/PE relata sobre a distribuição das sementes e palestras educativasô.
15/12/1994	óRelata a cooperação da UFPE/JAICA na Atenção Básica aos municípios selecionados (no caso Brejo da Madre de Deus) a partir do ano seguinte com apoio de equipamentos e capacitação de recursos humanosô.
04/05/1996	óRelata o apoio da UFPE/JAICA ao municípioô.
04/07/1996	óInforma a presença de XXX, médico que lida com plantas medicinais e que definirá a programação da fitoterapiaô.
01/08/1996	óRelato sobre o treinamento de agentes para a implantação das farmácias vivas (hortas medicinais) com vistas a produção de medicamentos na sede do municípioô.
04/09/1997	óInforma a recente inauguração do laboratório de fitoterapiaô.
02/04/1998	óInforma sobre a entrega da cartilha sobre plantas medicinais produzida por XXX, dirigidas aos agentes comunitários de saúde do municípioô.
07/05/1998	óFoi colocado a questão da manipulação dos medicamentos fitoterápicos. Questionou-se a produção que ainda é pequena em virtude da quantidade de matéria prima está sendo explorada apenas em duas pequenas hortas, tendo uma produção mensal de 1.359 produtos, os quais distribuídos nos postos de saúde. Fica sem saldo para atender a demandaô.
18/06/1998	óInforma que o município terá o projeto piloto de fitoterapia a nível de nordeste em virtude do sucesso e aceitação dos medicamentos fitoterápicosô.
10/09/1998	óInforma palestra da XXX no 1º Encontro de Fitoterapia, foi montado stand com amostras de remédios e mementos e enquanto outros municípios produzem em média 06 (seis) medicamentos, Brejo produz 23 (vinte e três). Brejo também está em situação privilegiada com relação a laboratório, em Pernambuco há apenas 04 (quatro) sendo 01 (um) em Recife, 01 (um) em Olinda, 01 (um) em Caruaru e 01 (um) em Brejo. O restante dos municípios presentes possuíam apenas oficina fitoterápica. Teceu-se ainda algumas considerações sobre medicamentos naturais, exemplificando-se casos de melhoras, sendo por fim encerrada a reuniãoô.
02/09/1999	óFalou-se sobre a ampliação do laboratório de fitoterapiaô.
04/11/1999	óFoi relatada a preocupação com as broncopneumonias e o uso dos remédios tradicionais do Programa de Fitoterapia para tossesô.
03/02/2000	óA reunião foi aberta pelo o secretário municipal de saúde, XXX, que de imediato apresentou o grupo da Organização Não-Governamental CURUMIN que falou sobre a integração do conhecimento popular com saber científico, foram focados alguns pontos do desenvolvimento da fitoterapia no municípioô.
30/03/2001	"Referindo-se a I Feira de Produtos Orgânicos promovida pela Associação dos Produtores Orgânicos Terra Fértil do Sítio Conceição de Brejo da Madre de Deus, com apoio do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Associação Menonita de Assistência Social, Cooperativa Agrícola São Vicente, CONDESB e Prefeitura Municipal. A Secretaria Municipal de Saúde marcou presença com uma barraca expondo produtos do laboratório de Fitoterapiaô.
06/08/2003	óO Sr. XXX informou que o município está gastando em torno de R\$ 15.000.00 (quinze mil reais) a R\$20.000,00 (vinte mil reais) em assistência farmacêutica, recebendo do governo federal R\$3.296,75 (três mil, duzentos e noventa e seis reais e setenta e cinco centavos),

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

	seis) tipos de medicamentos, mais 22 (vinte e dois) itens e também que o único laboratório municipal de fitoterapia que funciona no estado de Pernambuco é o Brejo da Madre de Deus, e XXX solicitou ao Conselho que seja enviado projeto a câmara municipal para legalização, ou seja, municipalização do laboratório como política pública do município.
19/05/2004	óXXX informou que foi encaminhado o pré-projeto de ampliação e construção do laboratório de fitoterapia no valor de R\$367.234,82 (trezentos e sessenta e sete mil, duzentos e trinta e quatro reais e oitenta e dois centavos), todos previstos para junho.
31/05/2005	óFoi informado pela XXX que o presidente Lula decretou a criação de uma política de plantas medicinais e fitoterapia.
11/08/2005	óXXX convidou o conselho para participar dia 31 de agosto de 2005 para ir à assembleia legislativa para reivindicar a sanção da lei 12.259 que determina promover o cultivo das plantas medicinais e o secretário municipal de saúde foi convidado para participar da mesa redonda.
07/06/2006	óXXX passou a palavra para XXX que falou sobre a primeira feira de fitoterapia no dia 27 de maio de 2006 representando o Norte e Nordeste em fitoterapia nas pessoas de XXX, continuando a farmacêutica informa que está sendo feito uma horta para fitoterapia no terreno do Programa de Saúde da Família IV localizado na Barra do Farias.
07/07/2010	óPassou então para outro item da pauta o relato da IV conferência nacional de saúde mental que ocorreu em Brasília no período de 27 de junho a 01 de julho de dois mil e dez, o conselheiro XXX falou que foi muito boa e aproveitou para divulgar o laboratório de fitoterapia do nosso município distribuindo a relação dos remédios produzidos e entregou relatório juntamente com XXX e que ficarão arquivados nos anais. XXX encerra seus relatório dizendo que foi um momento de grande aprendizado e troca de experiência entre diversos atores e brejo se destacou por levar a experiência da fitoterapia para divulgação, tema que chamou muito a atenção de vários profissionais de outros estados da federação.
07/07/2010	óA farmacêutica XXX informou a XXX que o pedido de são domingos da fitoterapia está pronto há quinze dias e não foi levado, encaminhar ao almoxarifado para resposta. O conselheiro XXX solicitou que seja colocado no site do município as informações da fitoterapia.
06/08/2010	óA conselheira e também farmacêutica responsável pelo laboratório de XXX, informou ao conselho que de acordo com a portaria do ministério da saúde de número oitocentos e oitenta e seis de vinte de abril de dois mil e dez (886/20.04.2010) e publicada em vinte e dois de abril de 2010 (22.04.2010), o laboratório de fitoterapia passa a ser chamado de farmácia viva.
25/11/2010	óA fitoterapia produziu três mil duzentas e setenta e oito (3.278) unidades de lambedor, duas mil quatrocentas e dezesseis (2.416) unidades de alcoolatura, novecentas e cinquenta (950) unidades de pomada e oitenta e duas (82) unidades de sabonete.
16/03/2011	óA conselheira XXX que é responsável pela farmácia viva, solicitou criação de um projeto para implantação da fitoterapia na política pública do município.
06/04/2011	óA palavra voltou para o presidente XXX que foi para o item um da pauta, as respostas dos encaminhamentos (...) sobre o projeto para implantação da fitoterapia na política pública do município falou que não tem conhecimento de como proceder e pediu a conselheira XXX que explicasse o procedimento a seguir para fazer esse projeto, a mesma falou que participa de uma associação de manipuladores de remédios fitoterápicos tradicional semi-artesanal de Pernambuco (AMARFITSA-PE.) e que poderia virem alguns membros dessa associação para explicar como implantar a política de plantas medicinais da farmácia viva no município.
06/06/2012	óXXX informou que foi enviada para a Secretaria de Ciências e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde a proposta do projeto de Arranjos Produtivos Locais no âmbito do SUS, conforme a Política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, objetivando apoiar, estruturar, consolidar e fortalecer a Assistência Farmacêutica e o Complexo Produtivo em Plantas Medicinais e Fitoterápicos contribuindo para ações transformadoras no contexto da saúde ambiental e condições de vida.



[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

	osta do projeto de Arranjos Produtivos Locais no âmbito do SUS ovado no valor de seiscentos e setenta e sete mil cento e setenta e três reais e sessenta centavos (R\$ 677.173,60), para ser utilizado na implantação da horta de plantas medicinais como: contratação de pessoal, aquisição de equipamentos e materiais diversos para o laboratório municipal (farmácia viva), realizar encontro regional para troca de experiências no cultivo de plantas medicinais e dispensação de fitoterápicos, qualificação de profissionais da saúde e desenvolvimento de relatórios e, pesquisa. Informou ainda que no nordeste só foi contemplado o nosso município e no total doze municípios no Brasil.
06/02/2013	óA conselheira XXX diz que viu na farmácia básica muitos remédios fitoterápicos vencidos e foi informada pela farmacêutica também conselheira XXX que foram os remédios vindos das unidades básicas em dezembro quando foram fechadas, não justificando assim o desperdício e falta de controle dos então responsáveis pelas unidades.
27/03/2013	óA secretaria municipal de saúde participou de várias ações em 2012 como a feira do verde colocando stand com produtos do Laboratório de Fitoterapia.
27/03/2013	óOutra estratégia da gestão foi a de apresenta ao ministério da saúde projeto na área das práticas integrativas ã Arranjos Produtivos Locais ã APL. O Programa Nacional de Plantas Medicinal e Fitoterápico contemplou o município com recursos financeiros no valor de seiscentos e setenta e sete mil cento e setenta e três reais e sessenta centavos (R\$677.173.60) o projeto proporcionará a ampliação da área de cultivo de plantas medicinais, o aumento da produção de fitoterápicos, realizar encontro regional, qualificar profissionais e divulgação.
02/05/2013	óPassou a palavra para XXX que falou que o sistema e-car foi criado pelo ministério para o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos para monitorar o uso, funcionalidades, controle, acompanhamento e avaliação de resultados e aspectos a serem monitorados nos projetos de Arranjos Produtivos Locais em plantas medicinais e fitoterápicos, trazendo benefícios como instrumento gerencial para o acompanhamento da execução das ações e tomada de decisão, otimização do processo de comunicação e possibilidade de participação dos envolvidos. O software é livre, a web é cem por cento (100%), tem acompanhamento e registro de pareceres, há diferentes permissões de acesso tais: coordenador com login e senha para alimentação do sistema; demais pessoas do APL com login e senha por projeto para visualização. No registro de andamento das atividades e inserção de pareceres, está o acompanhamento físico: indicadores e metas; dados relativos ao previsto e realizado físico de cada ação; importação de dados de arquivo texto; geração de gráficos; sinalização de acordo com a situação; geração de relatórios; inserção de arquivos como fotos e documentos diversos; acompanhamento quantitativo pelas metas e etapas como indicadores aperfeiçoados dos projetos; acompanhamento qualitativo por meio de dimensões tais: governos e parcerias; capacitação/formação de profissionais; desenvolvimento da produção científica voltada à área; estrutura física e humana; acesso, utilização e qualidade das plantas medicinais e fitoterápicos no SUS; institucionalização do projeto; e impacto econômico social e ambiental. Concluindo sobre o sistema e-car XXX disse que foi informado o cronograma para alimentação do referido sistema com as datas a serem cumpridas rigorosamente a seguir: o primeiro período para inserção de informações sobre metas e etapas que era até vinte de abril (20.04), foi prorrogada para trinta e um de maio (31.05); o segundo período para inserção de informações sobre metas, etapas e dimensões, é até quinze de agosto (15.08); o terceiro período para inserção de informações sobre metas e etapas, é até vinte de outubro (20.10); e o quarto período para inserção de informações sobre metas, etapas e dimensões, é até quinze de fevereiro de dois mil e catorze (15.02.2014). XXX ainda com a palavra falou que em reunião dia dezenove de março do ano em curso (19.03.2013) a diretoria colegiada da agencia nacional de vigilância sanitária instituiu a resolução de número dezoito (18) que foi publicada dia três de abril de dois mil e treze (03.04.2013) que dispõe sobre as boas práticas do processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais (perfeitos, completos, exemplares) e oficinas de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do sistema único de saúde (SUS). O artigo primeiro desta resolução diz que óeste regulamento técnico determina os requisitos mínimos exigidos para o exercício das atividades de preparação de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas, visando à garantia de sua qualidade, segurança, efetividade e promoção do seu uso seguro e racional. Encerrando assim sua fala.

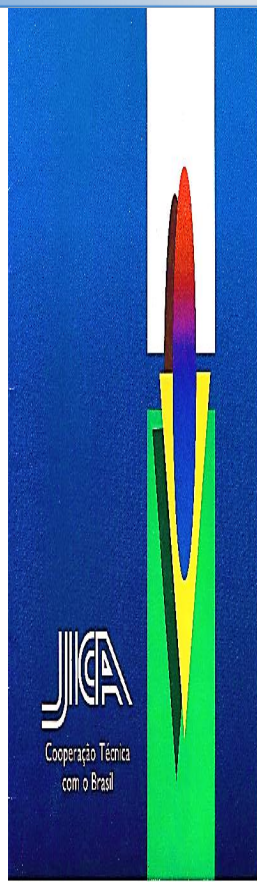
[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

	atratro da pauta XXX conselheira e coordenadora do projeto de PL do Brejo da Madre de Deus, leu o e-mail encaminhado pela equipe gestora de Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos onde solicita autorização de prorrogação da execução do projeto e uso do recurso ao conselho municipal de saúde, colocado em votação o conselho votou, por unanimidade, pela prorrogação da execução e uso do recurso do projeto de Arranjos Produtivos Locais-APL do nosso município até o mês de junho do ano de dois mil e catorze (06/2014)ô.
06/02/2014	óA conselheira XXX informou que ainda falta comprar o terreno para o Projeto de Arranjos Produtivos locais ñ APLô.
03/07/2014	óE passou a palavra para XXX conselheira e coordenadora do Projeto de Arranjo Produtivo local-APL de Brejo da Madre de Deus, leu o e-mail encaminhado pela equipe gestora de Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos onde solicita autorização de prorrogação da execução do projeto e uso do recurso ao conselho municipal de saúde, colocado em votação o conselho votou, por unanimidade, pela prorrogação da execução e uso do recurso do Projeto de Arranjos Produtivos Locais-APL do nosso município por doze (12) meses que vai até o mês de julho do ano de dois mil e quinze (07/2015). Informou ainda que a comissão gestora da APL será de cinco (5) membros formada por representantes da secretaria de saúde, secretaria de agricultura, secretaria de obras e o conselho de meio ambiente. Agradeceu a disponibilidade e a boa vontade do secretário municipal de agricultura do apoio na compra do terreno para a horta".
03/07/2014	"A conselheira XXX, que também é coordenadora da Farmácia Viva em nosso município informou que recebeu um grupo de treze (13) pessoas da cidade de Gravatá/PE composto por funcionários da prefeitura, conselheiros municipal de saúde e representantes da associação de produtos orgânicos para conhecer o programa de fitoterapia do nosso município e ficaram admirados com o seu desenvolvimento.ô
04/09/2014	óO presidente passou a palavra para a conselheira e coordenadora da Farmácia Viva e do APL XXX que disse que a equipe gestora de fitoterapia do ministério da saúde informou que recebeu a resolução do conselho sobre a autorização da prorrogação da execução e uso do recurso do projeto de arranjo produtivo local até julho do ano de dois mil e quinze e solicitou o envio do plano de trabalho com cronograma e justificativa do atraso e necessidade de prorrogação do projeto.ô

[illegible]

Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features

Cooperação
Técnica entre
Brasil e Japão,
realizada através
da JICA (Japan
International
Cooperation
Agency) para
Brejo da Madre
de Deus/PE.



SAÚDE

COOPERANDO PARA A SAÚDE DO POVO NORDESTINO

Com o objetivo de implementar pesquisas e estudos de doenças infecciosas que afetam elevado número de pessoas na Região Nordeste do Brasil, tais como esquistossomose, amebíase, vírus e bactérias causadoras da diarreia (especialmente entre crianças), pragas, doenças de Chagas, leishmaniose, filariose, entre outras, foi criado, na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), o Laboratório de Imunopatologia Keio Asami-LIKA (homenagem ao Professor Keio Asami, da Universidade de Keio, um dos principais incentivadores da implantação do projeto pelo lado japonês, falecido alguns meses antes do início da cooperação). Instalado num moderno prédio vizinho ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Campus da UFPE), e ocupando uma área de 1300 metros quadrados, o LIKA hoje se constitui num importantíssimo instrumento para pesquisadores e alunos não somente da Região Nordeste, mas de todo o Brasil, para realização de pesquisa e formação de recursos humanos na área.

O projeto, inicialmente, teve o prazo de duração de cinco anos, tendo sido posteriormente prorrogado por mais dois anos, até maio de 1991. Através da cooperação japonesa, foram estruturados dez laboratórios com equipamentos de última geração, quais sejam: bioquímica, cultura de tecido, esquistossomose experimental, imunologia, microbiologia, microbiologia clínica, microscopia eletrônica, parasitologia, patologia e virologia. O LIKA é uma unidade de pesquisa diretamente vinculada ao gabinete do Reitor da UFPE, através da Coordenadoria Geral e Científica.

Além do desenvolvimento de pesquisa, suas instalações são oferecidas a diversos programas de mestrado da

UFPE, tais como medicina tropical, patologia, pediatria, cirurgia, bioquímica e biofísica. Esta interação tem possibilitado que um significativo número de estudantes e pesquisadores brasileiros tenham acesso a dados, trabalhos, pesquisas e equipamentos dentro do mais alto padrão tecnológico internacional.

O LIKA é um dos maiores projetos da JICA no mundo na área de saúde. Ao todo, foram enviados 70 peritos japoneses, de curto e longo prazos, foram treinados 23 contrapartes e os equipamentos doados atingiram o montante de 4,7 milhões de dólares.

Para complementar este projeto, a UFPE solicitou cooperação para implantar o Setor de Pesquisas Clínicas do LIKA, no âmbito do seu Hospital das Clínicas. Este setor está atualmente equipado para atuar nas áreas de endoscopia, radiologia e ultrassonografia. Vale destacar que o Setor de Pesquisas Clínicas vem realizando cerca de 50 intervenções médicas diárias. Levando-se em conta que a maioria dos pacientes atendidos provém das classes baixa renda, pode-se compreender a repercussão social que representa este projeto.

PESQUISA x SAÚDE PÚBLICA : INTERAÇÃO NECESSÁRIA

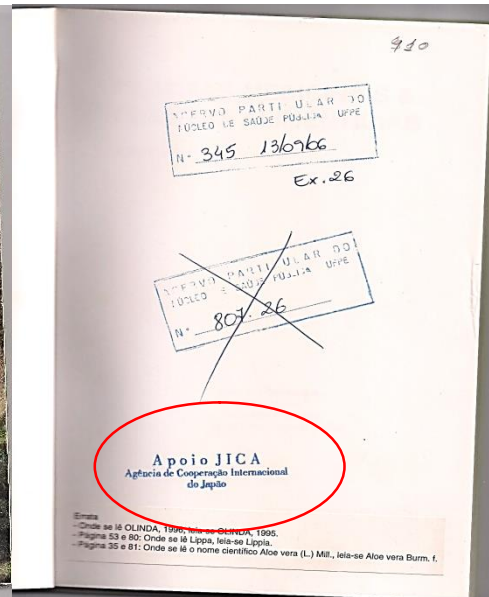
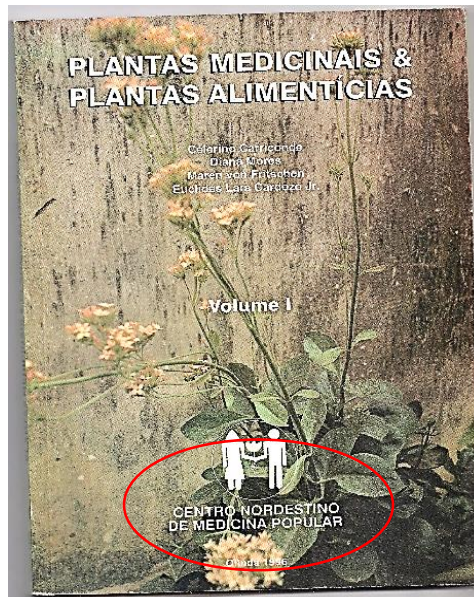
No período de fevereiro a março de 1994, esteve na Região Nordeste uma missão de negociação para o projeto "Saúde Pública no Nordeste: A Experiência de Pernambuco". Este novo projeto, que será executado junto à UFPE, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e Secretarias Municipais de Saúde (Recife, Macaparana e Brejo da Madre de Deus) terá como objetivo promover a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado, através de atividades em áreas piloto. Para tanto, será criado um Núcleo Interinstitucional de Saúde Pública,

que funcionará no 4º andar do Hospital das Clínicas, que contará com técnicos de todas as entidades envolvidas no projeto.

As principais atividades previstas para o projeto são as seguintes:

- a- Reformar a área física onde será instalado o núcleo;
 - b- Formação de recursos humanos através de diferentes formas de transferência de conhecimento, nas diversas áreas de atuação do projeto;
 - c- Reestruturar as áreas físicas, quando necessário, de modo a adequá-las ao desenvolvimento das ações;
 - d- Dotar as unidades de equipamentos adequados para desenvolver as ações;
 - e- Capacitar recursos humanos para desenvolver as ações do projeto (em todos os níveis), em parceria com as secretarias estaduais e municipais envolvidas, além do Núcleo;
 - f- Desenvolver atividades de ensino/aprendizagem dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE e áreas afins, na esfera programática do projeto;
 - g- Reforçar a capacitação de todos os profissionais da área, no que se refere às ações básicas de saúde;
 - h- Elaborar um diagnóstico das áreas piloto com dados primários e/ou secundários para serem utilizados no planejamento das ações;
 - i- Desenvolver projetos de pesquisa na área piloto, conforme necessidades identificadas.
- Para este projeto, que tem previsão de início para o ano de 1995, a JICA deverá enviar seis peritos de longo prazo e dez de curto prazo por ano, além de receber quatro contrapartes por ano para treinamento no Japão. Adicionalmente, serão doados equipamentos e verba especial para cursos de treinamento de nível médio.

Livro de Plantas
Medicinais,
organizado pelo
Centro Nordestino
de Medicina
Popular com
apoio do JICA.



Anexo F

Produtos Tradicionais Fitoterápicos produzidos em Brejo da Madre de Deus - PE.

Nº	Produto Tradicionais Fitoterápicos	Conhecimento popular
1	Alcoolatura de Alcachofra	Digestivo
2	Alcoolatura de Aroeira	Cicatrizante
3	Alcoolatura de Artemísia	Analgésicas (cólica menstrual)
4	Alcoolatura de Cordão de Frade	Flatulência, Digestivo
5	Alcoolatura de Berinjela	Diminui o colesterol
6	Alcoolatura de Falso Boldo	Analgésico, Digestivo
7	Alcoolatura de Colônia	Calmante, Diurética, Anti-Hipertensiva
8	Alcoolatura de Melão de São Caetano	Micose de Pele, Impinge, Pano Branco, Escabiose
9	Alcoolatura de Mulungu	Sedativo, Tranquilizante, Combate a Insônia, Hipotensor
10	Alcoolatura de Pega Pinto	Anti-Inflamatório (Ovários)
11	Alcoolatura de Rabo de Raposa	Anti-Micótico, Pano Branco, Fungos, Frieira
12	Alcoolatura de Romã	Anti-Inflamatório (Gargarejo)
13	Alcoolatura de Transagem	Faringite (Gargarejo)
14	Lambedor de Angico	Tosse Alérgica
15	Lambedor de Cumaru	Expectorante, Broncodilatador
16	Lambedor de Espinho de Cigano	Expectorante, Broncodilatador
17	Lambedor de Hortelã Miúda	Antiparasitário
18	Lambedor de Jatobá	Expectorante, Anti-Anêmico
19	Lambedor de Mastruz	Expectorantes (Tosse dos Fumantes)
20	Pomada de Aroeira	Cicatrizante
21	Pomada de Atipim	Dores Reumáticas
22	Pomada de Confrei	Hemorroidas, Cicatrizante
23	Pomada de Erva Lanceta	Traumatismo Muscular, Reumatismo
24	Pomada de Casca de Romã	Anti-Inflamatório, Espinhas, Furúnculos
25	Sabonete de Aroeira	Adstringente, Anti-Inflamatório, emoliente
26	Sabonete de Confrei	Adstringente, Anti-Inflamatório, emoliente
27	Sabonete de Melão de São Caetano	Micoses, Escabiose, Pano Branco
28	Sabonete de Melão de São Caetano + Confrei	Micoses, Cicatrizante, Anti-Inflamatório

Anexo G



Título do Projeto: "Avaliação dos Serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS em todo o Brasil e a efetividade dos serviços de plantas medicinais e Medicina Tradicional Chinesa/práticas corporais para doenças crônicas em estudos de caso no Nordeste".

Pesquisador responsável: Islândia M Carvalho Sousa

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 28/07/2014

Registro no CAAE: 34007814.0.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 889.001

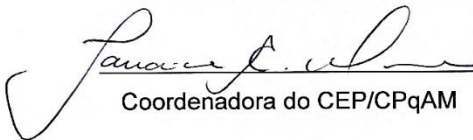
PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 05 de novembro de 2017.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 04 de fevereiro de 2015.


Coordenadora do CEP/CPqAM

Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE 464777
CEP / CPqAM / FIOCRUZ

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br


Centro de Pesquisas
AGGEU
MAGALHÃES


FIOCRUZ
Ministério da Saúde

Anexo H



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que concordamos em receber a equipe do projeto de pesquisa que tem como instituição executora o Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM)/Fiocruz/PE - Departamento de Saúde Coletiva - coordenado pela pesquisadora Dr^a Islândia Maria Carvalho de Sousa, para desenvolver a pesquisa intitulada "Avaliação dos Serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS no Brasil e a efetividade dos serviços de plantas medicinais e da Medicina Tradicionais Chinesa/práticas corporais para doenças crônicas em estudos de caso no Nordeste", após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães.

Brejo da Madre de Deus, ~~21~~ de ~~Dezembro~~ de 2014.


Vanessa Cordero dos Santos
Secretária da Saúde
Portaria nº 528/2014

Secretária de Saúde

Praça Vereador Abel de Freitas, s/n, Centro, Brejo da Madre de Deus/PE.
CEP: 55.170-000
Fone/Fax: (81) 3747-1156